UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIŢANU

Catedra 2 Chirurgie

CHIRURGIA
ÎN TESTE

617
C45

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
DIN REPUBLICA MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Catedra 2 Chirurgie

CHIRURGIA
ÎN TESTE

Redacție științifică de V. HOTINEANU, dr.hab.med., prof.univ., Om emerit, Laureat al Premiului Național

653091 cd
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIȚANU"
BIBLIOTECA

Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2005

CZU 617 (079)
C 45

Consiliul metodic central al USMF
Nicolae Testemiţanu, proces-verbal nr. 2 din 14.02.2004

Aprobat de:

Consiliul metodic central postuniversitar al USMF
Nicolae Testemiţanu, proces-verbal nr. 1 din 27.01.2005

Colectivul de autori:

V. Hotineanu, C. Ţâbârnă – prof. univ., dr. hab.med.; *Gh. Musteaţă, N. Făgurel, A. Oprea, V. Tiron, V. Cazacov, A. Iliadi* – conf. univ., dr.med.; *Z. Caragaţ, T. Timiş* – asist.univ., dr.şt.med.; *D. Gorea, V. Bendelic* – asist. univ.; *Gh. Pasecnic, A. Ferdohleb, A. Cazac* – dr.şt.med., cercet. ştiinţ.; *A. Hotineanu, L. Palii* – cercet. ştiinţ.

Redactor: *Lidia Serghienco-Ciobanu*
Corector: *Nicolae Bătrânu*
Machetare computerizată: *Svetlana Cersac*

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii
Chirurgia în teste / col. aut.: V. Hotineanu, C. Ţâbârnă, Gh. Musteaţă,...; Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu". Catedra 2 Chirurgie. – Ch.: CEP *Medicina*, 2005 (Î.S. F.E.P. „Tipogr. Centrală"). – 448 p.
ISBN 9975–907–87–3
300 ex.
617 (079)

Com. 6538
Î.S. Firma editorial-poligrafică "Tipografia Centrală"
MD-2068, Chişinău, str. Florilor, 1
Tel. 43-03-60, 49-31-46
Ministerul Culturii şi Turismului al Republicii Moldova

ISBN 9975–907–87–3

© CEP *Medicina*, 2005
© V. Hotineanu, C. Ţâbârnă, Gh. Musteaţă ş.a., 2005

CUPRINS

1. **Programa analitică la disciplina de studiu „Boli chirurgicale" pentru studenţii anului V, facultatea Medicină Generală.** 7
2. **Programa analitică la disciplina de studiu „Boli chirurgicale" pentru studenţii anului VI, facultatea Medicină Generală** 27
3. **Programa analitică de studii în rezidenţiat la specialitatea "Chirurgie"** 47
4. **Teste** 73
4.1. **Chirurgia endocrină** 73
4.2. **Afecţiunile chirurgicale ale mediastinului.** 86
4.3. **Afecţiunile pleuro-pulmonare supurative** 94
4.4. **Afecţiunile pleuro-pulmonare nesupurative** 116
4.5. **Afecţiunile cardiochirurgicale** 125
4.6. **Arteriopatiile periferice obliterante** 140
4.7. **Afecţiunile chirurgicale ale diafragmului.** 153
4.8. **Afecţiunile chirurgicale ale esofagului** 159
4.9. **Chirurgia bolii ulceroase. Boala stomacului operat.** 171
4.10. **Hemoragiile digestive** 183
4.11. **Afecţiunile chirurgicale ale ficatului** 192
4.12. **Sindromul de hipertensiune portală** 204
4.13. **Sindromul postcolecistectomic. Icterul mecanic** 217
4.14. **Pancreatita cronică.** 228

4.15. Afecțiunile chirurgicale ale intestinului subțire 243
4.16. Afecțiunile chirurgicale ale intestinului gros 249
4.17. Afecțiunile chirurgicale ale rectului 268
4.18. Herniile 280
4.19. Transplantologia 291
4.20. Fistulele intestinale 303
4.21. Apendicita acută 316
4.22. Colecistita acută 335
4.23. Ulcerul perforat 355
4.24. Pancreatita acută 362
4.25. Infarctul entero-mezenteric 389
4.26. Peritonitele 397
4.27. Traumatismul toracic 425
4.28. Traumatismul abdominal 437

PREFAȚĂ

Lucrarea prezentată de Colectivul Catedrei 2 Chirurgie constituie o elaborare metodică reactualizată a materialelor didactice destinate studenților facultății Medicină Generală (anii de studii V–VI) și rezidenților la specialitatea "Chirurgie".

Conținutul culegerii este axat pe implementarea planului de studii și a programelor analitice ale compartimentelor studiate. În culegere autorii au inclus un material didactic amplu și date considerate utile sub aspectul teoriei și practicii clinice.

Materialele expuse au drept scop pregătirea logică, sistematică și complexă a studenților, verificarea și estimarea cunoștințelor asimilate de studenți la etapele de pregătire pentru lucrările practice, examenele de promovare și de absolvire la disciplina de studiu "Boli chirurgicale".

I. PROGRAMA ANALITICĂ LA DISCIPLINA DE STUDIU „BOLI CHIRURGICALE" PENTRU STUDENȚII ANULUI V, FACULTATEA MEDICINĂ GENERALĂ

NOTĂ EXPLICATIVĂ

Planul tematic al disciplinei de studiu „Boli chirurgicale" pentru studenții anului V, facultatea Medicină Generală, prevede în total 108 ore (34 de ore – curs teoretic şi 74 de ore – lucrări practice). Pentru fiecare temă, prelegerile cuprind noțiuni anatomo-fiziologice, etiologia, patogenia, anatomia patologică, clasificarea, tabloul clinic, diagnosticul, diagnosticul diferențial, tratamentul medical şi chirurgical, complicațiile şi profilaxia acestora.

Studierea cursului „Boli chirurgicale" are drept scop dezvoltarea gândirii clinice la studenți – formularea diagnosticului prezumtiv şi definitiv, aprecierea tacticii chirurgicale, acumularea deprinderilor practice manuale, cunoaşterea tehnicilor operatorii de bază. Lecțiile practice le oferă studenților în Medicină o sinteză a cunoştințelor de bază acumulate la studierea acestei discipline, metode de examinare clinică, participarea la intervenții chirurgicale, la manipulații şi pansamente în secția internare, în policlinică.

Curația bolnavilor prevede lucrul în secția de internare, în blocul operator şi în sala de pansamente. Pe tot parcursul anului de studii, semestrial se efectuează controlul oral şi prin testare a cunoştințelor teoretice şi practice.

Condiția obligatorie de studii este însuşirea programei de studii şi a deprinderilor practice, ce permit viitorului medic să se orienteze în situația de urgență, elaborând un algoritm adecvat de examinare şi tratament de urgență.

După terminarea cursului de chirurgie la anul V, studentul trebuie *să cunoască*:

– problema social-economică a patologiilor chirurgicale;

– frecvența, etiologia și patogenia bolilor chirurgicale abdominale, cât și a traumatismelor abdominale;

– metodele contemporane de investigare (de urgență și programate) a patologiilor chirurgicale;

– diagnosticul pozitiv și diagnosticul diferențial al bolilor chirurgicale ale organelor abdominale;

– metodele contemporane de tratament al bolilor chirurgicale intraabdominale și al traumatismelor abdominale;

– metodele de profilaxie a afecțiunilor chirurgicale acute și cronice etc.;

– expertiza bolnavilor chirurgicali, prezentarea documentației medicale.

După terminarea cursului de chirurgie la anul V, studentul trebuie *să posede*:

– deprinderi de stabilire a diagnosticului clinic al afecțiunilor chirurgicale;

– deprinderi de alcătuire a algoritmului de investigare a bolnavului chirurgical atât în urgențe, cât și programat;

– deprinderi practice necesare la examinarea pacientului și stabilirea diagnosticului;

– deprinderi de determinare a indicațiilor metodelor clasice de tratament al celor mai frecvente patologii chirurgicale;

– deprinderi de acordare a ajutorului medical de urgență în patologia chirurgicală urgentă și în traumatisme;

– deprinderi practice necesare pentru îngrijirea bolnavului chirurgical pre- și postoperator;

– deprinderi de asistare la operații de lucru în sala de pansamente, în secția de internare.

Planul tematic al disciplinei de studiu "Boli Chirurgicale"

Nr. d/o	Denumirea temei	Semestrul IX		Semestrul X		*Total*
		Curs	Lucrări practice	Curs	Lucrări practice	
1.	Istoria Catedrei de Chirurgie nr. 2. Curația bolnavilor	2	4			6
2.	Patologia chirurgicală a glandei tiroide. Guşa endemică, guşa sporadică. Guşa tireotoxică. Tiroiditele şi strumitele. Guşa Riedel şi Hashimoto. Chisturile glandei tiroide	2	4			6
3.	Afecțiunile pleuro-pulmonare supurative. Boala bronşiectatică. Abcesul pulmonar. Gangrena pulmonară. Empiemul acut şi cronic	2	4			6
4.	Afecțiunile pleuro-pulmonare nesupurative. Chistul neparazitar pulmonar. Hidatidoza pulmonară. Afecțiunile pleurei	2	4			6
5.	Cardiopatiile congenitale: viciile congenitale cianotice, viciile congenitale necianotice, coarctația de aortă	2	4			6
6.	Cardiopatiile valvulare dobândite. Boala ischemică a cordului. Anevrismul post-infarctic	2	4			6
7.	Arteriopatiile periferice. Sindromul de ischemie cronică. Ateroscleroza obliterantă, endarterita obliterantă. Boala Raynaud. Anevrismele vasculare	2	4			6
8.	Patologia chirurgicală a esofagului. Achalazia, diverticulul esofagian. Coroziile şi stricturile de esofag. Tumorile benigne de esofag	2	4			6

Continuare

9.	Patologia chirurgicală a mediastinului (tumori, chisturi, sindromul cavei superioare, timomul)	2	4			6
10.	Boala stomacului operat: ulcerul peptic recidivant, fistula gastro-colică, sindromul ansei aferente, stenoza organică a gurii de anastomoză, sindromul Dumping, sindromul postvagotomie, astenia agastrală			2	4	6
11.	Sindromul postcolecistectomic			2	4	6
12.	Patologia chirurgicală a ficatului: supurativă – abcesele hepatice; nesupurativă – chisturile parazitare şi neparazitare. Tumorile benigne ale ficatului			2	4	6
13.	Hipertensiunea portală. Patologia chirurgicală a splinei			2 2	2	4 2
14.	Pancreatita cronică			2	4	6
15.	Patologia chirurgicală a intestinului subţire şi gros			2	4	6
16.	Patologia chirurgicală a rectului			2	4	6
17.	Lucrul în sala de pansament şi în blocul operator		6			6
18.	Policlinica		6		6	6
Total		**18**	**42**	**16**	**32**	**108**

1. Curaţia bolnavilor

Scopul acestei lucrări practice constă în studierea aprofundată a metodelor de explorare clinică şi paraclinică, stabilirea diagnosticului prezumtiv şi definitiv în baza rezultatelor de explorare, prezentarea planului de tratament medico-chirurgical. Fiecare student este obligat să cureze de la 2 până la 5–6 bolnavi. Către această lecţie practică studentul trebuie să cunoască:

• examinarea clinică a bolnavului chirurgical (interogarea, inspecţia, palparea, percuţia, auscultarea, explorarea instrumentală);

• schema foii de observaţie a bolnavului chirurgical;

• completarea documentelor medicale: foii de observaţie, extraselor şi certificatelor pentru policlinică;

• prezentarea foii de observaţie a pacientului la finalul cursului practic.

2. Patologia chirurgicală a glandei tiroide

Date de anatomie şi fiziologie a glandei tiroide. Metodele de explorare a glandei tiroide clinice şi paraclinice:

• explorări morfologice: biopsia tiroidiană, puncţia aspirativă, radiografia cervicală, radiografia toracică, tranzitul baritat esofagian, scintigrama tiroidiană;

• explorarea funcţiei tiroidiene: radiocaptarea, dozarea iodului proteic, dozarea serică a T_3-T_4, dozarea urinară T_3-T_4, metabolismul bazal, proba Werner, proba Querido-Stamburi.

• Investigaţii ecografice.

Guşile. Guşa endemică. Guşa sporadică. Nodulul tiroidian solitar. Clasificarea. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul medical şi chirurgical. Indicaţii la tratamentul chirurgical.

Hipertiroidiile (tireotoxicoza). Boala Basedow. Nodulul toxic tiroidian. Guşa multinodulară toxică. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Indicaţii şi contraindicaţii în tratamentul chirurgical. Complicaţiile imediate şi tardive postoperatorii. Profilaxia lor.

Tiroiditele şi strumitele. Boala Quervain. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul medical şi chirurgical.

Guşa Riedel şi Hashimoto. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul medical şi chirurgical.

Chisturile glandei tiroide. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul chirurgical.

3. Afecţiunile pleuro-pulmonare supurative

Date de anatomie şi fiziologie a plămânilor şi pleurei. Metodele de diagnostic şi explorările funcţionale: investigaţii biologice; investigarea funcţiei respiratorii: investigaţii radiologice – angio-cardiopneumografia, bronhografia, tomografia computerizată; investigaţii endoscopice: bronhoscopia, toracoscopia; investigaţii bacteriologice; investigaţii morfologice.

Supuraţiile pleuro-pulmonare. Noţiune generală. Clasificarea.

Bronşiectaziile. Clasificarea. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Indicaţiile în tratamentul chirurgical. Metodele de intervenţii chirurgicale. Complicaţiile postoperatorii.

Abcesul pulmonar. Clasificarea. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Indicaţii în tratamentul chirurgical. Metodele de intervenţii chirurgicale. Complicaţiile postoperatorii.

Gangrena pulmonară. Etiopatogenia. Clasificarea. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Indicaţiile în tratamentul chirurgical. Metodele de intervenţii chirurgicale. Complicaţiile postoperatorii.

Pleureziile purulente (empiemul). Etiopatogenia. Anatomia patologică. Clasificarea. Criteriile de apreciere a gravităţii pleureziilor purulente. Principiile terapeutice complexe. Indicaţiile în tratamentul chirurgical. Tipul intervenţiilor chirurgicale: pleurotomiile, decorticaţiile, rezecţiile pulmonare, toracoplastiile, intervenţiile asociate. Complicaţiile precoce şi tardive.

Piopneumotoraxul. Formele clinice. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul.

4. Afecţiunile pleuro-pulmonare nesupurative

Tumorile benigne şi chisturile bronhogene şi pulmonare.

Etiopatogenia. Anatomia patologică. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul.

Chistul hidatic pulmonar. Echinococoza alveolară. Etiopatogenia. Anatomia patologică. Clasificarea. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul complicaţiilor.

Pneumotoraxul spontan şi posttraumatic. Chilotoraxul. Etiopatogenia. Anatomia patologică. Clasificarea. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul complex.

5. Cardiopatiile congenitale

Metodele de explorare a cordului: electrocardiografia, fonocardiografia, examinarea radiologică, ecocardiografia. Clasificarea bolilor chirurgicale ale cordului.

Viciile congenitale necianotice: persistenţa canalului arterial, stenoza istmului aortic, comunicarea interarterială şi interventriculară, stenoza arterei pulmonare. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Metode de intervenţii chirurgicale.

Viciile congenitale cianotice: trilogia şi tetralogia Fallot, ventriculul unic, transpoziţia vaselor mari, atrezia aortică. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Indicaţii şi contraindicaţii în tratamentul chirurgical. Metodele de intervenţie chirurgicală.

Coarctaţia aortei. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul.

6. Cardiopatiile dobândite

Boala ischemica a cordului. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Indicaţii şi contraindicaţii în tratamentul chirurgical. Metode de intervenţii chirurgicale.

Pericarditele. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Indicaţii şi contraindicaţii în tratamentul chirurgical. Metode de intervenţii chirurgicale.

Anevrismele postinfarctice. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Indicaţii şi contraindicaţii în tratamentul chirurgical. Metodele de intervenţii chirurgicale.

7. Arteriopatiile periferice

Datele anatomo-fiziologice ale sistemului vascular. Metodele de examinare a bolnavilor cu patologia aortei şi ramurilor ei, arterelor periferice.

Sindromul de ischemie cronică. Ateroscleroza obliterantă, endarteritele obliterante. Boala Raynaud. Sindromul Leriş. Anevrismele vasculare. Angiopatia diabetică. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul.

Diagnosticul diferențial. Indicațiile în tratamentul chirurgical. Metodele de intervenții chirurgicale. Expertiza capacității de muncă.

8. Patologia chirurgicală a esofagului

Anatomia chirurgicală și fiziologia esofagului. Metodele de explorare a esofagului: radiologice simple și radiologice cu contrastant; endoscopice; esofago-manometria; investigații în depistarea refluxului gastroesofagian. Clasificarea afecțiunilor chirurgicale ale esofagului. Patologia funcțională a esofagului.

Afecțiunile congenitale esofagiene. Etiopatogenia. Anatomia patologică. Clasificarea. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul.

Maladiile benigne ale esofagului. Acalazia. Clasificarea. Etiopatogenia. Anatomia patologică. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul.

Diverticulii esofagieni. Clasificarea. Etiopatogenia. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul complex. Complicațiile diverticulilor esofagieni.

Esofagitele acute chimice și stenozele esofagiene postcombustionale. Etiopatogenia. Tabloul clinic în perioada acută. Complicațiile. Primul ajutor medical. Profilaxia stricturilor. Dilatarea precoce și tardivă. Tratamentul stricturilor cicatriceale ale esofagului.

Esofagitele de reflux. Etiopatogenia. Clasificarea. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical și chirurgical. Esofagul Barette. Noțiune generală, diagnosticul, tratamentul. Tactica medico-chirurgicală.

Leziunile traumatice și corpurile străine ale esofagului. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul. Sindromul Boerhaeve. Noțiune generală. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul complex.

9. Patologia chirurgicală a mediastinului

Noțiuni anatomo-fiziologice ale mediastinului. Semiologia chirurgicală a patologiei mediastinului. Metodele speciale de diagnostic.

Tumorile și chisturile mediastinului. Timomul și sindromul cavei superioare. Clasificarea. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Metodele de intervenții chirurgicale.

Mediastinitele. Etiopatogenia. Clasificarea. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Metodele de intervenții chirurgicale.

Traumatismele mediastinului. Emfizemul mediastinal. Etiopatogenia. Clasificarea. Tabloul clinic. Diagnosticul. Indicații în tratamentul chirurgical de urgență. Metodele de intervenții chirurgicale. Complicațiile postoperatorii. Tratamentul.

10. Boala stomacului operat (BSO)

Anatomia, histologia și fiziologia stomacului și duodenului. Fazele secreției gastrice. Metodele de examinare și importanța lor în stabilirea indicilor și tipurilor de intervenții chirurgicale.

BSO și sindromul postvagotomic. Noțiune generală. Clasificarea. Concepțiile contemporane ale patogeniei sindromului postvagotomie și BSO. Complicațiile precoce și tardive.

Ulcerul peptic recidivant al anastomozei. Fistula gastrocolică. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul chirurgical.

Sindromul Dumping. Definiția. Clasificarea. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical și chirurgical.

Sindromul ansei aferente. Definiția. Clasificarea. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical și chirurgical.

Gastritele și esofagitele postoperatorii de reflux. Stenozele gurii de anastomoză. Definiția. Clasificarea. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical și chirurgical.

Tulburările bilio-hepato-pancreatice. Sindroamele dismetabolice și de denutriție. Neoplasmul primitiv al bontului gastric restant.

Sindromul postvagotomic funcțional: refluxul gastroesofagian, refluxul gastrită biliară, atonia gastrică, astenia agastrală. Etiopatogenia. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical și chirurgical.

Sindromul postvagotomic organic: ulcerul recidivant, disfagia tardivă, litiaza biliară, diareea. Etiopatogenia. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical și chirurgical.

11. Sindromul postcolecistectomic (SPCE)

Stările patologice incluse în SPCE. Cauzele SPCE:

• afecţiuni funcţionale şi organice ale organelor zonei hepato-pancreato-duodenale;

• confuzii diagnostice;

• caracterul incomplet sau inadecvat al intervenţiei chirurgicale;

• leziuni inexistente preoperator, produse de un gest chirurgical incorect.

Manifestările clinice ale SPCE. Diagnosticul pozitiv pre-, intra- şi postoperator. Particularităţile pregătirii preoperatorii. Tratamentul medical şi chirurgical. Metodele de drenare a căilor biliare: Holsted-Picovski, Robson-Vişnevski, Kher, Kerte, Voelker, Praderi-Smith. Complicaţiile postoperatorii.

Intervenţiile endoscopice în SPCE: papilosfincterotomie cu/ sau fără extragerea calculilor, disecarea anastomozelor biliodigestive stabilizate, recanalizarea căilor biliare magistrale, drenarea nazobiliară, îndepărtarea corpilor străini din căile biliare. Complicaţiile postoperatorii.

Icterul mecanic. Fiziopatogenia. Metabolismul bilirubinei. Tulburările formării şi excreţiei bilirubinei. Noţiune de colestază (parţială, totală, disociată intrahepatică şi extrahepatică). Clasificarea icterelor: icterul hemolitic, icterul hepatocelular, icterul mecanic. Etiologia icterului mecanic (obstrucţia intrinsecă, extrinsecă şi stenozarea căilor biliare, anatomii congenitale). Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Icterul mecanic de etiologie benignă şi malignă. Particularităţile pregătirii preoperatorii a bolnavilor cu icter mecanic. Complicaţiile evolutive ale icterului mecanic. Tratamentul complex medical şi chirurgical al icterului mecanic. Intervenţiile chirurgicale. Conduita postoperatorie. Endoscopia diagnostică şi curativă în tratamentul icterului mecanic.

12. Patologia chirurgicală a ficatului

Noţiuni anatomo-fiziologice ale ficatului. Metodele de explorare a patologiei ficatului. Clasificarea proceselor patologice ale ficatului.

Chisturile neparazitare. Abcesele hepatice. Clasificarea.

Chisturile parazitare (hidatidoza hepatică). Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Metodele de tratament (medical, chirurgical, endoscopic). Complicaţiile. Profilaxia. Maladiile rar întâlnite: opistorhoza, alveococoza, lamblioza.

Tumorile benigne ale ficatului. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Metodele de tratament.

13. Hipertensiunea portală. Patologia chirurgicală a splinei

Noţiuni de anatomie a sistemului port.

Anastomozele porto-cavale fiziologice decompresive. Fiziopatologia.

Obstacolul pre-, intra- şi posthepatic. Clasificarea. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Investigaţiile paraclinice. Complicaţiile evolutive ale hipertensiunii portale. Tratamentul medico-chirurgical.

Hemoragiile digestive superioare variceale prin hipertensiunea portală. Algoritmul curativ. Anastomozele tronculare şi radiculare porto-cavale chirurgicale. Endoscopia profilactică şi curativă în tratamentul hipertensiunii portale.

Noţiuni anatomo-fiziologice ale splinei. Metodele de explorare a afecţiunilor chirurgicale ale splinei. Clasificarea proceselor patologice ale splinei.

Torsiunea splinei. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul.

Tromboza venei lienale. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul medical şi chirurgical.

Infarctul splinei. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul.

Chisturile şi abcesele splinei. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul.

Afecţiunile chirurgicale ale splinei ce condiţionează dereglările hemopoezei. Indicaţiile şi contraindicaţiile în splenectomii.

Hipersplenismul primar şi secundar. Etiopatogenia. Tratamentul medico-chirurgical.

14. Pancreatita cronică

Datele anatomo-fiziologice ale pancreasului. Etiopatogenia. Clasi-

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE

ficarea. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul medico-chirurgical. Complicaţiile pancreatitei cronice.

Chisturile, fistulele pancreatice. Formele clinice. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul medical şi chirurgical.

15. Patologia chirurgicală a intestinului subţire şi gros

Datele anatomo-fiziologice ale intestinului subţire şi colonului. Metodele de examinare a intestinului subţire şi colonului: explorarea radiologică, endoscopică, morfologică, bacteriologică.

Clasificarea afecţiunilor chirurgicale ale intestinului subţire. Ulcerul primitiv. Perforaţiile spontane. Stenozele cronice. Diverticulul Meckel. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Complicaţiile. Tratamentul chirurgical.

Boala Crohn. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul medical şi chirurgical. Complicaţiile.

Dolicomegacolonul. Boala Hirschprung. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Complicaţiile. Tratamentul medico-chirurgical.

Diverticuloza colică. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Complicaţiile. Tratamentul medico-chirurgical.

Rectocolita ulcero-hemoragică. Clasificarea. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Complicaţiile locale şi generale. Tratamentul medical şi chirurgical.

16. Patologia chirurgicală a rectului

Datele anatomo-fiziologice ale rectuiui. Metodele de explorare clinice, radiologice, endoscopice, bacteriologice, morfologice.

Rectitele acute şi cronice. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv şi diferenţial. Tratamentul complex medico-chirurgical.

Perirectita acută. Etiopatogenia. Clasificarea. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical şi chirurgical.

Perirectita cronică. Etiopatogenia. Clasificarea. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical şi chirurgical.

Prolapsul rectal. Etiopatogenia. Clasificarea. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical şi chirurgical.

Traumatismele rectului şi colonului. Etiopatogenia. Clasificarea. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medical şi chirurgical.

17. Lucrul în sala de pansamente şi în blocul operator

În blocul operator şi în sala de pansamente studenţii iau cunoştinţă de metodele contemporane de asepsie şi antisepsie, de prelucrarea câmpului operator, abordul chirurgical, metodele de hemostază, diagnosticul intraoperator, tehnica chirurgicală, completele de truse în diverse intervenţii chirurgicale.

În sala de pansamente studenţii pansează bolnavii operaţi, înlătură firele de pe plagă şi drenurile din cavităţi.

18. Lucrul în policlinică

Deprinderile practice formate la studierea disciplinei de studiu "Boli chirurgicale" de studenţii anului V

1. Curaţia bolnavului:

– completarea foii de observaţie clinică

2. Patologia chirurgicală a glandei tiroide:

– prezentarea bolnavului cu patologie a glandei tiroide;

– inspecţia şi palparea glandei tiroide;

– citirea probelor funcţionale ale glandei tiroide, scintigramei, ecogramei şi TC;

– pansarea bolnavilor operaţi la glanda tiroidă.

3–4. Afecţiunile pleuro-pulmonare supurative şi nesupurative:

– prezentarea bolnavului cu supuraţie pulmonară;

– examinarea vizuală a flegmei;

– citirea clişeelor radiografice, bronhogramelor, rezultatului examinării respiraţiei externe;

– aplicarea drenajului postural;

– participarea la lavajul endobronşic;

– completarea trusei de instrumente şi participarea la puncţia pleurală şi toracocinteză;

– participarea la bronhografie, bronhoscopie şi toracicoscopie;
– participarea la aplicarea drenajului activ şi pasiv al cavităţii pleurale;
– pansarea bolnavilor operaţi la cavitatea toracică.

5–6. Bolile chirurgicale ale pericardului şi inimii:

– prezentarea bolnavului cu patologia cordului;
– citirea clişeelor radiografice, electro- şi fonocardiogramelor, ecocardiogramelor;
– prezentarea sau participarea la puncţia pericardului;
– prezentarea la efectuarea aorto- şi coronarografiei.

7. Patologia chirurgicală cronică a arterelor:

– prezentarea bolnavului cu patologia chirurgicală arterială;
– citirea coagulogramei, angiogramei, oscilogramei, reovazogramei şi dopplerografiei;
– participarea la explorarea oscilogramei şi reovazogramei, angiografiei şi dopplerografiei.

8. Patologia chirurgicală a esofagului:

– prezentarea bolnavului cu patologia chirurgicală a esofagului;
– participarea FGDS şi ligaturarea varicelor esofagiene;
– citirea R-gramelor esofagului;
– participarea la dilatarea esofagiană.

9. Patologia chirurgicală a mediastinului:

– prezentarea bolnavului cu patologia chirurgicală a mediastinului;
– determinarea edemului, a crepitaţiei localizate suprasternal;
– citirea clişeelor radiografice, rezultatelor ecografiei şi tomografiei computerizate;
– prezentarea şi, după posibilităţi, participarea la operaţie pe organele mediastinului;
– completarea instrumentarului necesar pentru operaţie;
– prezentarea şi participarea la pansarea bolnavilor cu operaţii pe mediastin;
– prezentarea şi participarea la pleuromediastinografie.

10. Boala stomacului operat:

– prezentarea bolnavului cu boala stomacului operat;
– participarea la FGDS şi R-scopia stomacului;
– citirea R-gramelor la tema respectivă;
– instalarea sondei nazogastrice;
– lavajul gastric.

11. Sindromul postcolecistectomic:

– prezentarea bolnavului;
– determinarea limitelor ficatului şi splinei;
– citirea scintigramelor, colangiografiei retrograde endoscopice;
– participarea la PCGRE şi papilosfincterotomia endoscopică;
– participarea la colangiografia transcutan transhepatică şi la drenarea transcutană a arborelui biliar;
– participarea la operaţii tradiţionale asupra arborelui biliar.

12. Patologia chirurgicală a ficatului. Hipertensiunea portală:

– prezentarea bolnavului cu patologia de focar a ficatului;
– determinarea dimensiunilor ficatului;
– citirea scintigramei, ecogramei, tomografiei computerizate, angiogramei şi colangiogramei;
– participarea la operaţii pentru chistul hidatic al ficatului;
– participarea la pansamente;
– prezentarea bolnavului cu hipertensiune portală;
– examenul manual al abdomenului;
– determinarea ascitei. Citirea scintigramei, ecografiei, tomografiei computerizate a ficatului şi splinei;
– instalarea sondei Blakemore;
– participarea la laparocinteză, FGDS cu hemostaza endoscopică.

13. Patologia chirurgicală a splinei:

– prezentarea bolnavului cu patologie a splinei;
– palparea splinei;
– citirea hemogramei, scintigramei, ecogramei şi tomografiei computerizate;
– prezenţa la operaţii pe splină;
– prezenţa la efectuarea splenoportografiei.

14. Pancreatita cronică:

– prezentarea bolnavului;
– determinarea prezenței chistului (pseudochistului) pancreatic;
– interpretarea rezultatelor paraclinice;
– instalarea sondei nazogastrice;
– participarea la efectuarea blocajului novocainic al lig. rotund al ficatului;
– participarea la laparoscopia diagnostică și curativă.

15. Patologia chirurgicală a intestinului subțire și a colonului:

– prezentarea bolnavului;
– participarea la efectuarea rectoromanoscopiei, coloscopiei și irigoscopiei;
– îngrijirea bolnavilor în perioada postoperatorie;
– efectuarea decompresiunii intestinale.

16. Patologia chirurgicală a rectului:

– prezentarea bolnavului;
– inspecția regiunii anale și examinarea țesutului rectal;
– efectuarea anoscopiei;
– participarea la rectoromanoscopie și la examinarea radiologică a rectului;
– participarea la operații proctologice.

17. Lucrul în sala de pansamente și în blocul operator:

– participarea în calitate de asistent la prelucrarea chirurgicală a plăgii;
– aplicarea suturilor pe piele;
– aplicarea pansamentelor;
– efectuarea blocajului novocainic;
– determinarea fenomenului de fluctuație în focarul purulent.

18. Lucrul în policlinică:

– examinarea primară a bolnavului chirurgical;
– aplicarea suturilor pe piele;
– prelucrarea chirurgicală primară a plăgii.

Examenul la disciplina de studiu „Boli chirurgicale", anul V

Include 3 etape: A – prezentarea cazului clinic; B – testarea cu grilă, C – examenul oral.

A. Prezentarea cazului clinic

Prezentarea cazului clinic presupune un mod de evaluare a cunoștințelor și de însușire a deprinderilor practice de către student. Este o formă de examen în situație reală (cu bolnav adevărat), care se caracterizează printr-o strictă limită de timp, adică colectarea de date clinice și paraclinice, timpul de sinteză pentru sistematizarea și pregătirea prezentării și durata prezentării. Fiecare etapă ocupă câte 20 minute (în total 60 min).

Colectarea de date cuprinde anamneza, examenul fizic și solicitarea de analize de la membrii comisiei de examinare.

Anamneza include obligatoriu: motivele internării, evoluția simptomelor subiective și obiective, evoluția bolii cronice, antecedentele personale, familiale, profesionale. Examenul fizic trebuie efectuat complet și pe segmente anatomice: examenul capului și al gâtului, toracelui, abdomenului, sistemului osteoarticular, bolnavul fiind examinat în decubit dorsal și în ortostatism. Solicitarea datelor paraclinice suplimentare este făcută de reprezentanții comisiei pe parcursul examenului.

Timpul de pregătire și formulare a prezentării cazului este de 20 min. Prezentarea propriu-zisă a cazului (20 min) cuprinde un număr de capitole obligatorii, conform standardului foii de observație. După prezentarea datelor, este necesară formularea unei concluzii clinice (diagnosticul prezumtiv).

Etapa următoare o constituie diagnosticul diferențial, pornind de la concluzia clinică și folosind investigațiile paraclinice. Urmează încheierea acestei etape de discuții prin exprimarea diagnosticului pozitiv.

Capitolele următoare cuprind pe scurt: evoluția bolii, complicațiile cele mai probabile și posibile, aspectele medico-chirurgicale, indicațiile medicale pe viitor (după examinare).

Prezentarea cazului clinic este apreciată de către membrii comisiei pentru examenul prin nota respectivă la fiecare etapă.

B. Examinarea în scris prin teste-grilă

A. Metoda de examinare:

1) Setul de teste include 100 de întrebări din programa de studii.

2) Setul conține 40% teste cu complement simplu și 60% – cu complement compus.

3) Fiecare student primește varianta individuală de teste, codificată.

4) Timpul examenului teoretic scris prin grilă – 2 ore academice.

5) Studentul notează în grilă răspunsul corect, conform cerințelor.

6) Verificarea testelor se desfășoară centralizat.

7) După repartizarea testelor se fixează începutul și sfârșitul examenului.

8) Pentru încălcarea regulamentului, studentul poate fi expulzat din sala de examinare, primind notă negativă.

B. Studentul, care nu este satisfăcut de nota primită, poate interveni la comisia de contestare în decurs de 24 de ore pentru a-și verifica grila cu răspunsuri.

C. Examenul oral pe bilete

Examenul este unic pentru specialitățile de profil chirurgical. Studenții iau cunoștință de întrebările pentru examen la sfârșitul semestrului de studii. După pregătire (30 de minute), studentul își expune oral răspunsul în fața comisiei de examinare, formată din 3 examinatori.

Nota generală este apreciată cu coeficienții respectivi din toate notele pe etape.

Contestarea examenului de promovare la „Boli chirurgicale", anul V poate fi realizată în decurs de 24 de ore.

Literatura recomandată

1. A. Spânu. *Chirurgia*. Chișinău, 2000.

2. V. Hotineanu ș.a. *Chirurgie* (Curs selectiv). Centrul Editorial-Poligrafic „Medicina", Chișinău, 2003.

3. N. Angelescu, N. Gutea. *Peritonitele postoperatorii*. București, 1995.

4. P. Bâtcă, A. Oprea. *Urgențe chirurgicale abdominale*. Chișinău, 1996.

5. Th. Burghele. *Patologie chirurgicală*, vol. 4. București, 1977.

6. Th. Burghele. *Studiul terenului în chirurgie*. București, 1965.

7. C. Constantinescu. *Actualități în chirurgie*. București, 1989.

8. M. Constantinescu. *Chirurgia*. București, 1997

9. David C. Dunn. *Chirurgie, diagnostic și tratament*. București, 1995.

10. I. Pogoraşan. *Contribuții la progresele chirurgiei și anatomiei clinice*. București, 1983.

11. Vladimir Fleture. *Principii și tehnici de chirurgie*. Timișoara, 1987.

12. E. Proca. *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. V, (partea I, II). București, 1994.

13. E. Proca. *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. VI. București, 1989.

14. Tiberiu Ghitescu. *Pregătirea viitorilor chirurgi*. București, 1996.

15. Tiberiu Chitescu. *Chirurgie*. București, 1977.

16. Lucreția Titerea. *Urgențele medico-chirurgicale*. București, 1996.

17. C. Tooder. *Patologie chirurgicală*, vol. I. București, 1975.

18. P. Rădulescu. *Elemente de patologie și terapeutică chirurgicală*. București, 1980.

19. Н.И. Ботвинников. *Клиническая хирургия*. Минск, 1998.

20. В.Д. Затокин. *Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки осложненная кровотечением*. Воронеж, 1994.

21. М.И. Кузин. *Хирургические болезни.* Москва, 1995.
22. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев. *Хирургия* (перевод с англ.яз.). Москва, 1997.
23. Ю.М. Панцирев. *Клиническая хирургия*. Москва, 1988.
24. В.В. Петровский. *Хирургические болезни*. Минск, 1980.
25. Г.Л.Ратнер. *Задачи по хирургическим ситуациям*. Москва, 1976.
26. К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. *Грыжи брюшной стенки*. Москва, 1990.
27. И.С. Савельев. *Массивная эмболия легочных артерий*. Москва, 1999.
28. В.С. Савельев. *Острые нарушения мезентериального кровообращения*. Москва, 1979.
29. А.Ф. Черноусов. *Хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки*. Москва, 1996.
30. А.А. Шалимов. *Хирургия печени и желчевыводящих путей*. Киев, 1990.

II. PROGRAMA ANALITICĂ LA DISCIPLINA DE STUDIU „BOLI CHIRURGICALE" PENTRU STUDENȚII ANULUI VI, FACULTATEA MEDICINĂ GENERALĂ

NOTĂ EXPLICATIVĂ

Planul tematic la disciplina de studiu „Boli chirurgicale" pentru studenții anului VI, facultatea Medicină Generală prevede în total 132 de ore (26 de ore – curs teoretic şi 106 ore – lucrări practice). Pentru fiecare temă, prelegerile cuprind noțiuni anatomo-fiziologice, etiologia, patogenia, anatomia patologică, clasificarea, tabloul clinic, diagnosticul, diagnosticul diferențial, tratamentul medical şi chirurgical, complicațiile şi profilaxia acestora.

Studierea cursului „Boli chirurgicale" are drept scop dezvoltarea gândirii clinice la studenți – formularea diagnosticului prezumtiv şi definitiv, aprecierea tacticii chirurgicale, acumularea deprinderilor practice manuale, cunoaşterea tehnicilor operatorii de bază. Lecțiile practice le oferă studenților în Medicină o sinteză a cunoştințelor de bază acumulate la studierea acestei discipline, metode de examinare clinică, participarea la intervenții chirurgicale, la manipulații şi pansamente în secția internare, în policlinică.

Curația bolnavilor prevede lucrul în secția de internare, în blocul operator şi în sala de pansamente. Pe tot parcursul anului de studii, semestrial se efectuează controlul oral şi prin testare a cunoştințelor teoretice şi practice.

Condiția obligatorie de studii este însuşirea programului de studii şi a deprinderilor practice ce permit viitorului medic să se orienteze în situația de urgență, elaborând un algoritm adecvat de examinare şi tratament de urgență.

După terminarea cursului de chirurgie la anul VI, studentul trebuie *să cunoască*:

– problema social-economică a patologiilor chirurgicale;

21. М.И. Кузин. *Хирургические болезни.* Москва, 1995.
22. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев. *Хирургия* (перевод с англ.яз.). Москва, 1997.
23. Ю.М. Панцирев. *Клиническая хирургия*. Москва, 1988.
24. В.В. Петровский. *Хирургические болезни*. Минск, 1980.
25. Г.Л.Ратнер. *Задачи по хирургическим ситуациям*. Москва, 1976.
26. К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. *Грыжи брюшной стенки*. Москва, 1990.
27. И.С. Савельев. *Массивная эмболия легочных артерий*. Москва, 1999.
28. В.С. Савельев. *Острые нарушения мезентериального кровообращения*. Москва, 1979.
29. А.Ф. Черноусов. *Хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки*. Москва, 1996.
30. А.А. Шалимов. *Хирургия печени и желчевыводящих путей*. Киев, 1990.

II. PROGRAMA ANALITICĂ LA DISCIPLINA DE STUDIU „BOLI CHIRURGICALE" PENTRU STUDENȚII ANULUI VI, FACULTATEA MEDICINĂ GENERALĂ

NOTĂ EXPLICATIVĂ

Planul tematic la disciplina de studiu „Boli chirurgicale" pentru studenții anului VI, facultatea Medicină Generală prevede în total 132 de ore (26 de ore – curs teoretic şi 106 ore – lucrări practice). Pentru fiecare temă, prelegerile cuprind noțiuni anatomo-fiziologice, etiologia, patogenia, anatomia patologică, clasificarea, tabloul clinic, diagnosticul, diagnosticul diferențial, tratamentul medical şi chirurgical, complicațiile şi profilaxia acestora.

Studierea cursului „Boli chirurgicale" are drept scop dezvoltarea gândirii clinice la studenți – formularea diagnosticului prezumtiv şi definitiv, aprecierea tacticii chirurgicale, acumularea deprinderilor practice manuale, cunoaşterea tehnicilor operatorii de bază. Lecțiile practice le oferă studenților în Medicină o sinteză a cunoştințelor de bază acumulate la studierea acestei discipline, metode de examinare clinică, participarea la intervenții chirurgicale, la manipulații şi pansamente în secția internare, în policlinică.

Curația bolnavilor prevede lucrul în secția de internare, în blocul operator şi în sala de pansamente. Pe tot parcursul anului de studii, semestrial se efectuează controlul oral şi prin testare a cunoştințelor teoretice şi practice.

Condiția obligatorie de studii este însuşirea programului de studii şi a deprinderilor practice ce permit viitorului medic să se orienteze în situația de urgență, elaborând un algoritm adecvat de examinare şi tratament de urgență.

După terminarea cursului de chirurgie la anul VI, studentul trebuie *să cunoască*:

– problema social-economică a patologiilor chirurgicale;

– frecvența, etiologia și patogenia bolilor chirurgicale abdominale, cât și ale traumatismelor abdominale;

– metodele contemporane de investigare (de urgență și programate) a patologiilor chirurgicale;

– diagnosticul pozitiv și diagnosticul diferențial al bolilor chirurgicale ale organelor abdominale;

– metodele contemporane de tratament al bolilor chirurgicale intraabdominale și ale traumatismerlor abdominale;

– metodele de profilaxie a afecțiunilor chirurgicale acute și cronice etc.;

– expertiza bolnavilor chirurgicali, completarea documentației medicale.

După terminarea cursului de chirurgie la anul VI, studentul trebuie *să posede*:

– diagnosticul clinic al afecțiunilor chirurgicale;

– alcătuirea algoritmului de investigare a bolnavului chirurgical atât în urgențe, cât și programat;

– deprinderi practice necesare la examinarea pacientului și stabilirea diagnosticului;

– determinarea indicațiilor metodelor clasice de tratament al celor mai frecvente patologii chirurgicale;

– acordarea ajutorului medical de urgență în patologia chirurgicală urgentă și în traumatisme, împreună cu medicii specialiști;

– deprinderile practice necesare pentru îngrijirea bolnavului chirurgical pre- și postoperator;

– asistarea la operații, lucrul în sala de pansamente, în secția de internare.

Planul tematic al disciplinei de studiu „Boli chirurgicale"

Nr. d/o	Denumirea temei	Semestrul XI		Semestrul XII		Total
		Curs	Lucrări practice	Curs	Lucrări practice	
1.	Curația. Fișa de observație.		6			6
2.	Traumatismul toracic	2	4			6
3.	Patologia chirurgicală a diafragmului. Herniile congenitale și dobândite ale diafragmului. Herniile hiatului esofagian. Relaxarea diafragmului	2	4			6
4.	Boala tromboembolică. Tromboza și embolia a.pulmonare, a.mezenterice și a arterelor periferice: simptomatologia, diagnosticul, tratamentul	2	4			6
5.	Herniile complicate și rar întâlnite, recidivante, posttraumatice. Eventrații și eviscerații postoperatorii	2	4	–	–	6
6.	Particularitățile de diagnostic și tratament al ocluziei intestinale dinamice. Sindromul ocluziv în boala aderențială abdominală	2	4	–	–	6
7.	Complicațiile evolutive și postoperatorii ale apendicitei acute: simptomatologia, diagnosticul, tratamentul	2	4	–	–	6
8.	Hemoragiile tractului digestiv	2	4	–	–	6
9.	Complicațiile postoperatorii chirurgicale ale ulcerului gastroduodenal	2	4	–	–	6
10.	Diagnosticul și tratamentul contemporan al icterului mecanic	2	4	–	–	6

Continuare

11.	Peritonitele primare, secundare, terțiare. Particularitățile de diagnostic și tratament contemporan	2	4	–	–	6
12.	Fistulele intestinale	2	4	–	–	6
13.	Lucrul în secția de internare și sala de pansamente. Expertiza de muncă				6	6
14.	Zi de operație				6	6
15.	Particularitățile de diagnostic și tratament în chirurgia endocrină – a suprarenalelor, timusului, glandei tiroide				6	6
16.	Infecția anaerobă clostridiană și neclostridiană. Diagnosticul și tratamentul contemporan				6	6
17.	Infecția chirurgicală acută a mâinii și degetelor				6	6
18.	Sepsisul chirurgical: etiopatogenia, clasificarea, tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul	–	–	2	4	6
19.	Complicațiile tardive ale pancreatitei acute. Parapancreatita purulentă. Fistulele digestive. Complicațiile hemoragice. Particularitățile de diagnostic și tratament contemporan	–	–	–	–	6
20.	Sindromul abdomenului acut	–	–	–	6	6
21.	Sindromul abdomenului acut	–	–	–	6	6
22.	Falsul abdomen acut chirurgical				6	6
	Total	**22**	**50**	**4**	**56**	**132**

1. Patologia chirurgicală a diafragmului. Herniile esofagiene

Date anatomo-fiziologice.

Herniile diafragmaice. Clasificarea. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul.

Herniile hiatusului esofagian: a. hernii hiatale prin alunecare; b. hernii hiatale paraesofagiene; c. hernii hiatale cu esofag scurt. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul.

Herniile retro-costo-xifoidiene. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul.

Herniile posttraumatice ale diafragmului. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul.

Relaxarea diafragmului. Etiopatogenia. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Procedeele chirurgicale de tratament.

2. Herniile rar întâlnite, recidivante, posttraumatice. Eventrații și eviscerații postoperatorii

Herniile rar întâlnite: herniile liniei Spighel, obturatorii, lombare, perineale. Herniile recidivante. Eventrațiile: spontane, traumatice (posttraumatice, postoperatorii). Etiopatogenia. Anatomia patologică. Tabloul clinic. Tratamentul. Pregătirea preoperatorie.

Eviscerațiile (posttraumatice, postoperatorii). Etiopatogenia. Factorii generali, factorii locali. Anatomia patologică. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul chirurgical. Particularitățile intervențiilor chirurgicale. Metode de hernioplastie. Complicațiile postoperatorii.

3. Ocluzia intestinală dinamică. Boala aderențială abdominală

Noțiune. Forme etiologice:

a. ocluziile dinamice dishomeostatice;

b. ocluziile funcționale reflexe;

c. ocluziile funcționale paraseptice.

Fiziopatologia. Simptomatologia. Diagnosticul pozitiv. Diagnosticul diferențial la debut în ocluzia acută dinamică și mecanică. Semnele

caracteristice pentru ocluzia dinamică şi mecanică. Atitudinea medico-chirurgicală în ocluzia intestinală acută dinamică şi mecanică. Particularităţile tabloului clinic şi evoluţia ocluziei intestinale prin obstrucţie, strangulare, mixtă.

Pregătirea preoperatorie a pacienţilor în funcţie de formele clinice, topografice, vârsta bolnavilor, maladiile asociative. Obiectivele tratamentului: a) reechilibrarea hidroelectrolitică, nutritivă, nervoasă şi combaterea complicaţiilor septice; b) decomprimarea abdominală; c) rezolvarea cauzei; d) profilaxia recidivelor. Particularităţile tacticii chirurgicale în aprecierea volumului intervenţiei operatorii în funcţie de cazul clinic concret: secţionarea bridelor, devolvularea, secţionarea unui inel herniar, enterotomia, rezecţia intestinală, derivaţia internă sau externă. Complicaţiile ocluziei intestinale acute.

Boala aderenţială abdominală. Locul (frecvenţa) bolii aderenţiale printre formele de ocluzie intestinală. Boala aderenţială: etiologia, mecanismul formării aderenţelor. Formele clinice (acută, intermitentă, cronică), simptomatologia, diagnosticul pozitiv şi diagnosticul diferenţial. Pregătirea preoperatorie a bolnavilor cu boala aderenţială, conduita postoperatorie. Dereglările metabolismului proteic, glucidic, hidroelectrolitic şi acidoalcalin. Căile de acces şi variantele operaţiilor, în funcţie de formele bolii aderenţiale. Erorile de diagnostic şi de ordin tactic în tratamentul bolii aderenţiale.

4. Boala tromboembolică

Noţiuni anatomo-fiziologice ale sistemului vascular. Metode de examinare a bolnavilor cu patologia arterelor.

Tromboza acută arterială. Etiopatogenia. Factorii predispozanţi la formarea trombului. Tabloul clinic al trombozei acute arteriale. Stadiile clinice. Diagnosticul. Tratamentul medical şi chirurgical. Procedeele chirurgicale. Complicaţiile.

Embolismul arterial: etiopatogenia, tabloul clinic, diagnosticul. Metodele de tratament. Sonda Fogarti. Principiile terapiei cu anticoagulanţi, fibrinolitice. Testele de studiere a stării de coagulare a sângelui.

Embolia a.pulmonare: etiopatogenia, tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul.

Tromboza şi embolia vaselor mezenteriale. Concepţiile contemporane despre cauzele şi mecanismul dezvoltării trombozei şi emboliei vaselor mezenteriale, frecvenţa lor. Stadiile evolutive (perioada prodromală, iniţială, stadiul ileusului paralitic şi peritonitei). Formele clinice: angiospasmul, tromboembolia cu semne de ocluzie intestinală, diaree. Tromboembolia, care îmbracă simptomatologia apendicitei acute, peritonitei de provenienţă apendiculară, formelor atipice. Dificultăţile de diagnostic. Diagnosticul diferenţial. Tratamentul medical al trombozelor şi emboliei. Terapia cu anticoagulanţi şi fibrinolitice. Indicaţiile pentru tratamentul chirurgical. Metodele operatorii (embolectomie, tromboectomie, operaţii de tip bypass). Indicaţiile pentru rezecţia intestinului: particularităţile tratamentului. Complicaţiile intra- şi postoperatorii.

5. Complicaţiile evolutive şi postoperatorii ale apendicitei acute

Complicaţiile evolutive ale apendicitei acute: plastronul apendicular, abcesul apendicular, peritonita, pileflebita etc.

Complicaţiile postoperatorii: intraabdominale – hemoragia, progresarea peritonitei, insuficienţa suturilor bontului apendicular, abcesul interintestinal, subfrenic, subhepatic, al fundului de sac Douglas, ocluzia intestinală precoce; extraabdominale – pneumonii, tromboflebite etc.; din partea plăgii – hematoame, seroame, supurarea plăgii, flegmon al peretelui abdominal, eventraţie, hernie. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul.

Indicaţiile pentru tratamentul chirurgical. Calea de acces operator. Amploarea intervenţiei chirurgicale. Indicaţiile pentru tamponamentul şi drenarea cavităţii abdominale. Antibioterapia raţională în tratamentul complicaţiilor purulente.

6. Hemoragiile tractului digestiv superior de origine neulceroasă

Patologia esofagului: varicele esofagian, tumorile benigne şi maligne, esofagita ulceroasă, arsurile, traumatismele, diverticulii.

Patologia stomacului şi duodenului: gastrita erozivă, sindromul Mellory-Weiss, sindromul Zollinger-Ellison, ulcerele acute de stres (ulcerul Curling, Cushing) şi medicamentoase gastrice şi intestinale,

tumorile benigne şi maligne, hernia hiatului esofagian, duodenita erozivă, diverticulii, leiomiomul.

Patologia ficatului, căilor biliare şi pancreasului. Hemobilia.

Maladii sistemice: afecţiunile sângelui (leucemia, hemofilia, anemia perniciosă) şi ale vaselor sanguine (hemangioame, sindromul Rendiu-Veber-Osler, vasculita hemoragică), uremia, amiloidoza etc. Etiopatogenia, tabloul clinic, diagnosticul diferenţial. Particularităţi de tratament şi tactică chirurgicală.

7. Complicaţiile intra- şi postoperatorii precoce chirurgicale ale ulcerului gastroduodenal. Afecţiunile benigne ale stomacului

Complicaţiile intraoperatorii: alterarea splinei, esofagului, coledocului, colonului. Tactica intraoperatorie.

Complicaţiile precoce: hemoragiile postoperatorii, atonia şi distensia gastrică, insuficienţa suturilor bontului duodenal, anastomozelor gastroduodenale, gastrojejunale şi jejuno-jejunale. Tulburările de evacuare. Anastomozita. Pancreatita acută postoperatorie. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul. Profilaxia complicaţiilor.

Afecţiuni benigne ale stomacului: corpi străini, bezoari, tumorile benigne, volvulusul şi dilatarea acută, flegmonul. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul.

8. Diagnosticul şi tratamentul contemporan al peritonitei

Particularităţile tabloului clinic, evoluţiei şi ale diagnosticului peritonitelor în funcţie de etiologie, extinderea procesului, cauzele dezvoltării şi fazele bolii. Tactica chirurgicală şi metodele de diagnostic: analiza generală a sângelui, examenul radiologic al organelor cavităţii peritoneale, laparoscopia, laparocenteza, laparotomia exploratorie. Particularităţile evoluţiei şi dificultăţile în diagnosticul peritonitelor criptogene, biliare şi postoperatorii. Pregătirea bolnavilor pentru operaţiile de urgenţă în funcţie de starea generală. Principiile tratamentului chirurgical al diferitelor forme de peritonite – metodica explorării cavităţii peritoneale, izolarea cavităţii peritoneale de sursa infecţiei (sutura perforaţiei cu ajutorul epiploonului, rezecarea organului, limitarea cu

tampoane, drenarea, indicaţii pentru aceste metode, tehnica). Tehnica efectuării dializei peritoneale, indicaţii şi contraindicaţii.

Relaparotomiile programate: indicaţii, tehnici operatorii. Conduita perioadei postoperatorii în funcţie de faza peritonitei, combaterea dereglărilor metabolismului proteic, electrolitic şi acido-alcalin, intoxicaţiei organismului, dereglărilor cardiovasculare, microcirculaţiei, parezei intestinale. Antibioterapia raţională, profilaxia complicaţiilor cardiovasculare şi sistemului respirator. Diagnosticul şi tratamentul complicaţiilor peritonitei: abcesul subdiafragmal, abcesele interintestinale şi pelviene, ocluzia intestinală mecanică, pileflebita, abcesul hepatic. Indicaţiile pentru operaţie, calea de acces şi tehnica drenării. Particularităţile de diagnostic şi tratament al peritonitei tuberculoase şi ginecologice.

9. Diagnosticul şi tratamentul contemporan al icterului mecanic

Definiţie, etiopatogenie, clasificare. Examenul clinic şi paraclinic al bolnavilor icterici. Elemente clinice, paraclinice şi terapeutice ale unor forme etiopatogenice de icter. Icterele hemolitice. Ictere cu predominarea bilirubinei directe. Icterul din unele boli hepatocelulare (icterul hepatic): hepatita epidemică, hepatita colestatică, hepatita toxică. Icterul obstructiv. Tabloul clinic. Diagnosticul, tratamentul. Principiile de tratament medical şi chirurgical (metode chirurgicale şi endoscopice). Metode de drenare a căilor biliare. Anastomozele biliodigestive. Complicaţiile icterului mecanic. Conduita pre- şi postoperatorie.

10. Sindromul abdomenului acut

Sindromul abdomenului acut: abdomenul acut chirurgical. Noţiune. Semne clinice. Clasificarea. Abdomenul acut traumatic şi netraumatic. Peritonitele: primare, secundare, terţiare. Diagnosticul clinic, paraclinic, etiologic. Diagnosticul diferenţial. Evoluţie. Principii de tratament: non-operator, operator, antibacterian.

Falsul abdomen acut chirurgical (FAAC). Noţiune. Semne clinice. Afecţiunile ce realizează FAAC:

a) general-sistemice cu răsunet abdominal (intoxicaţii, maladii infecţioase, maladii ale sistemului nervos central, maladii alergice, endocrine, metabolice);

b) maladii de vecinătate cu răsunet abdominal (afecțiuni cardiace, pulmonare și ale peretelui toracic, ale coloanei vertebrale, nefrouretrale);

c) maladii cu sediu abdominal: crizele tabetice, hiperlipidemice etc. Diagnosticul. Tratamentul. Laparotomia "albă".

11. Fistule intestinale

Noțiuni anatomo-fiziologice despre intestinul subțire și colon. Metodele de investigare a intestinului. Clasificarea fistulelor intestinale: fistulele intestinului subțire și ale colonului. Tabloul clinic. Diagnosticul. Particularitățile fistulelor intestinale proximale și distale. Tactica curativă. Tratamentul medical. Indicații pentru tratamentul chirurgical. Conduita preoperatorie și postoperatorie. Metodele de închidere a fistulelor intestinului subțire și ale colonului. Complicațiile în tratamentul fistulelor intestinale. Erorile de ordin tactic, diagnostic și tehnic în tratamentul fistulelor intestinale ileocolice.

12. Traumatismele toracelui

Traumatismele închise ale toracelui: contuzia, compresiunea toracică. Fracturile scheletului toracic: fracturile sternului și coastelor. Rupturile plămânilor, bronhiilor și vaselor mari. Emfizemul subcutan și mediastinal. Rupturile diafragmului. Contuzia cordului.

Plăgile toracelui: penetrante și nepenetrante. Plăgile pleuro-pulmonare. Pneumotoraxul (închis, deschis și cu supapă) și hemotoraxul. Clasificarea. Tactica diagnostico-curativă. Metodele de drenare a cavității pleurale. Indicații către toracotomie. Plăgile cardiopericardice și toraco-abdominale. Tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul. Complicații în traumatismele toracelui. Conduita postoperatorie.

13. Sepsisul chirurgical

Noțiune. Clasificare. Fazele de decurgere a infecției purulente. Etiologia și patogenia sepsisului chirurgical. Factorii determinanți în sepsisul chirurgical: germenele infecției, starea focarului primar de infecție, reactivitatea organismului. Studiul bacteriologic. Afectarea organelor în sepsisul chirurgical. Tabloul clinic al sepsisului. Dependența localizăririi metastazelor piemice de caracterul microflorei. Diagnosticul

diferențial dintre febra purulent resorbtivă și sepsis. Complicațiile sepsisului. Șocul septic. Simptomele ce pot prognoza dezvoltarea șocului septic. Tratamentul complex (general, local). Letalitatea în sepsis.

Particularitățile evoluției infecției chirurgicale în prezența formelor microbiene rezistente și dependente la antibiotice. Particularitățile manifestărilor clinice ale infecției stafilococice, streptococice, pneumococice, polibacilare, gonococice, cu anaerobi neclostridieni și mixte.

Principiile de bază ale diagnosticului și tratamentului infecției acute purulente, putride, anaerobe și specifice (tetanosul, antraxul). Particularitățile manifestărilor locale și generale ale reacției de protecție a organismului în funcție de vârstă, starea organismului, prezența bolilor asociate: diabetul, caşexia etc.

Principiile profilaxiei infecției chirurgicale în secția de chirurgie. Regimul de lucru al sălii de pansament și blocului operator. Criteriul aprecierii procesului infecțios, indicațiile pentru tratamentul chirurgical. Principiile de bază în deschiderea proceselor și focarelor purulente, metodele de anestezie în funcție de sediul și răspândirea procesului.

Tratamentul rațional cu antibiotice în perioada postoperatorie – folosirea consecventă a diverselor grupuri de antibiotice în raport cu antibiograma, starea și răspândirea procesului inflamator. Tratamentul infecției purulente în condițiile sensibilizării organismului către antibiotice.

Complicațiile în terapia cu antibiotice. Imunoterapia. Principiile de bază ale intervenției chirurgicale pentru infecția anaerobă – baroterapia. Bolile inflamatoare ale țesuturilor moi.

Diagnosticul bolilor inflamatoare ale spațiilor adiposcelulare (flegmoanele gâtului, fosei axilare, subpectorale etc.).

Particularitățile evoluției flegmoanelor profunde subfasciale și intermusculare ale membrelor, proceselor purulente ale spațiului retroperitoneal și mediastinului.

Principiile de bază în tratamentul bolilor inflamatoare purulente ale țesuturilor moi.

Particularitățile tratamentului procesului de plagă la bolnavii caşectizați și cu diabet. Indicațiile pentru tratamentul chirurgical. Metodica bolnavilor în perioada pre- și postoperatorie.

Diagnosticul diferențial al proceselor inflamatoare purulente ale pielii și stratului adiposcelular subcutanat (carbuncul, furuncul, hidroadenită, abcesele și flegmoanele stratului adiposcelular subcutanat, piodermia, erizipelul, erizipeloidul).

14. Infecția anaerobă neclostridiană. Diagnosticul și tratamentul chirurgical

Infecția anaerobă neclostridiană. Particularitățile evolutive ale infecției anaerobe neclostridiene. Manifestările clinice. Principiile de bază ale diagnosticului infecției anaerobe neclostridiene. Particularitățile tratamentului infecției anaerobe neclostridiene. Tratamentul antibacterian și chirurgical. Baroterapia. Conduita postoperatorie. Problemele expertizei medicale.

15. Infecția chirurgicală a mâinii și degetelor

Infecțiile piogene ale degetelor și mâinii. Particularitățile anatomo-fiziologice ale mâinii și degetelor. Panariciile superficiale, profunde ale regiunii ungiale. Flegmoanele mâinii. Clasificarea. Flegmonul spațiilor celulare: lojei tenare, hipotenare, comisurale, spațiului palmar superficial, palmar median, retrotendinos. Flegmonul dorsal al mâinii. Tendosinovitele supurative ale palmei. Etiologia, diagnosticul, tratamentul. Particularitățile și drenarea proceselor piogene ale degetelor și mâinii.

Metodica tratamentului medical în conduita de policlinică, indicațiile pentru spitalizare și tratamentul chirurgical.

Particularitățile inciziilor (deschiderii) și drenării proceselor purulente ale degetelor, mâinii, cavităților articulare, tecilor tendinoase (tendoanelor). Conduita perioadei postoperatorii, problemele expertizei medicale.

16. Lucrul în secția de internare, blocul operator și sala de pansamente

Completarea documentației medicale a bolnavului chirurgical. Examinarea primară a bolnavului. Prezentarea fișei de observație clinică. Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii. Aplicarea suturilor, înlăturarea firelor, drenelor, tampoanelor, schimbul pansamentului. Participarea la operații în calitate de al doilea asistent.

17. Expertiza medicală a bolnavilor chirurgicali

Lucrul comisiei medicale consultative și al comisiei de expertiză medicală pentru aprecierea capacității de muncă. Completarea documentației medicale a bolnavilor chirurgicali.

Deprinderile practice formate la studierea disciplinei de studiu "Boli chirurgicale" de studenții anului VI

1. Lucrul în secția de internare și în sala de pansamente:

– participarea la examinarea primară a bolnavilor;
– întocmirea documentației. Efectuarea lavajului gastric;
– prelucrarea chirurgicală a plăgilor. Înlăturarea suturilor;
– aplicarea pansamentelor. Înlăturarea drenajelor.

2. Traumatismul toracic:

– prezentarea bolnavului;
– aprecierea emfizemului subcutan;
– aprecierea fracturilor coastelor;
– aprecierea lichidului în cavitatea pleurală;
– citirea radiogramelor;
– prezentarea la puncție și drenare pleurală.

3. Patologia chirurgicală a diafragmului. Herniile congenitale și dobândite ale diafragmului. Herniile hiatului esofagian. Relaxația diafragmului:

– prezentarea bolnavului;
– aprecierea rezultatelor paraclinice (radiograma toracelui și a abdomenului, irigoscopia, spirometria);
– participarea la EFGS, radioscopia esofagului și a stomacului.

4. Boala tromboembolică (embolia arterei pulmonare, mezenterică și a arterelor periferice):

– prezentarea bolnavului;
– aprecierea rezultatelor paraclinice (tușeul rectal, radiograma de ansamblu pe gol, pasajul intestinal, irigoscopia), radiograma pulmonară, bronhoscopia, arteriograma;

– instalarea sondei decompresive nazogastrice;
– pansamente postoperatorii.

5. Herniile complicate şi rar depistate: herniile liniei Spieghel, obturatorii, lombare perineale. Herniile recidivante şi postoperatorii mari şi gigantice. Herniile posttraumatice. Herniile interne:

– prezentarea bolnavului;
– examinarea porţii şi conţinutului herniar;
– diferenţierea herniei ireductibile de hernia strangulată;
– aprecierea rezultatelor examenului radiologic;
– pansamente postoperatorii;
– aplicarea suspensorului.

6. Sindromul abdomenului acut, diagnosticul diferenţial, tactica chirurgicală:

– prezentarea bolnavului;
– determinarea simptomelor caracteristice pentru abdomenul acut;
– radioscopia pe gol a cavităţii abdominale;
– efectuarea tuşeului rectal şi vaginal;
– participarea la laparocenteză şi laparoscopie.

7. Ocluzia intestinală dinamică. Boala aderenţială abdominală:

– prezentarea bolnavului;
– aprecierea R-grafiei cavităţii abdominale pe gol;
– efectuarea tuşeului rectal şi vaginal;
– efectuarea lavajului gastric;
– participarea la pregătirea preoperatorie.

8. Complicaţiile evolutive şi postoperatorii ale apendicitei acute:

– prezentarea bolnavului;
– determinarea simptomelor caracteristice apendicitei acute;
– aprecierea rezultatelor paraclinice;
– determinarea plastronului apendicular;
– aprecierea complicaţilor plăgii postoperatorii;
– înlăturarea suturilor.

9. Hemoragiile tractului digestiv:

– prezentarea bolnavului;
– determinarea gradului hemoragiei;
– lavajul gastric;
– tuşeul rectal;
– participarea la gastroscopie.

10. Complicaţiile postoperatorii chirurgicale ale ulcerului gastroduodenal.

Patologia stomacului operat. Afecţiunile benigne ale stomacului:

– prezentarea bolnavului;
– instalarea lavajului gastric;
– efectuarea tuşeului rectal;
– participarea la FGS;
– aprecierea rezultatelor clinice şi paraclinice.

11. Diagnosticul şi tratamentul contemporan al icterului mecanic:

– prezentarea bolnavului;
– examinarea manuală a abdomenului;
– interpretarea rezultatelor de laborator şi instrumentale;
– participarea la înlăturarea drenurilor din căile biliare şi cavitatea abdominală;
– participarea la efectuarea colangiopancreatografiei retrograde endoscopice, papilosfincterotomiei endoscopice, puncţia transcutanat transhepatică.

12. Diagnosticul şi tratamentul chirurgical al peritonitei:

– prezentarea bolnavului;
– examinarea manuală a abdomenului;
– determinarea zgomotelor intestinale;
– divulsia sfincterului anal;
– activarea medicamentoasă a peristaltismului intestinal;
– aprecierea conţinutului eliminat prin dren;
– efectuarea pansamentelor.

13. Fistulele intestinale:

– prezentarea bolnavului;

– participarea la fistulografia şi citirea rezultatelor examenului radiologic;

– efectuarea pansamentelor.

14. Sepsisul chirurgical:

– prezentarea bolnavului;

– participarea la examenul radiologic al cutiei toracice şi al abdomenului;

– colectarea sângelui pentru examenul bacteriologic;

– citirea rezultatelor examenului bacteriologic.

15. Infecţia anaerobă neclostridiană. Diagnosticul şi tratamentul chirurgical:

– prezentarea bolnavului;

– participarea la pansamente;

– colectarea materialului pentru bacterioscopie şi examenul bacteriologic;

– participarea la prelucrarea chirurgicală a plăgii.

16. Infecţia chirurgicală a mâinii şi degetelor:

– prezentarea bolnavului;

– determinarea fenomenului de fluctuare;

– puncţia colecţiei purulente;

– blocajul cu novocaină;

– prelucrarea colecţiei purulente a ţesuturilor moi.

Examenul de stat la disciplina de studiu „Boli chirurgicale"

Include 3 etape: A – prezentarea cazului clinic; B – testarea cu grilă, C – examenul oral.

A. Prezentarea cazului clinic

Prezentarea cazului clinic presupune un mod de evaluare a cunoştinţelor şi de însuşire a deprinderilor practice de către student. Este o formă de examen în situaţie reală (cu bolnav adevărat), care se caracterizează printr-o strictă limită de timp, adică colectarea de date clinice şi paraclinice, timpul de sinteză pentru sistematizarea şi pregătirea prezentării şi durata prezentării. Fiecare etapă ocupă câte 20 minute (în total 60 min).

Colectarea de date cuprinde anamneza, examenul fizic şi solicitarea de analize de la membrii comisiei de examinare de Stat.

Anamneza include obligatoriu: motivele internării, evoluţia simptomelor subiective şi obiective, evoluţia bolii cronice, antecedentele personale, familiale, profesionale. Examenul fizic trebuie efectuat complet şi pe segmente anatomice: examenul capului şi al gâtului, toracelui, abdomenului, sistemului osteoarticular, bolnavul fiind examinat în decubit dorsal şi în ortostatism. Solicitarea datelor paraclinice suplimentare este făcută de reprezentanţii comisiei pe parcursul examenului.

Timpul de pregătire şi formularea prezentării cazului este de 20 min. Prezentarea propriu-zisă a cazului (20 min) cuprinde un număr de capitole obligatorii, conform standardului foii de observaţie. După prezentarea datelor este necesară formularea unei concluzii clinice (diagnosticul prezumtiv).

Etapa următoare o constituie diagnosticul diferenţial, pornind de la concluzia clinică şi folosind investigaţiile paraclinice. Urmează încheierea acestei etape de discuţii prin exprimarea diagnosticului pozitiv.

Capitolele următoare pe scurt cuprind: evoluţia bolii, complicaţiile cele mai probabile şi posibile, aspectele medico-chirurgicale, indicaţiile medicale pe viitor (după examinare).

Prezentarea cazului clinic este apreciată de către membrii comisiei pentru examenul de Stat prin nota respectivă la fiecare etapă.

B. Examinarea în scris prin teste-grilă

A. Metoda de examinare.

1) Setul de teste include 100 întrebări din programa de studii.

2) Setul conține 40% teste cu complement simplu și 60% – cu complement compus.

3) Fiecare student primește varianta individuală de teste, codificată.

4) Timpul examenului teoretic scris prin grilă – 2 ore academice.

5) Studentul notează în grilă răspunsul corect, conform cerințelor.

6) Verificarea testelor se desfășoară centralizat.

7) După repartizarea testelor se fixează începutul și sfârșitul examenului.

8) Pentru încălcarea regulamentului, studentul poate fi expulzat din sala de examinare, primind nota negativă.

B. Rezultatele examenului sunt anunțate la etapa următoare (peste 24 de ore).

C. Studentul, care nu este satisfăcut de nota primită, poate interveni la comisia de contestare în decurs de 24 de ore pentru a-și verifica grila cu răspunsuri.

C. Examenul oral pe bilete

Examenul de Stat este unic pentru specialitățile de profil chirurgical. Studenții iau cunoștință de întrebările pentru examen la sfârșitul semestrului de studii. Materia cuprinsă în biletele pentru examinare include: chirurgie – 40% din întrebări, obstetrică și ginecologie – 30%, chirurgie pediatrică – 10%, traumatologie – 5%, anesteziologie – 5%, oncologie – 5%, urologie – 5%. Biletul conține 5 întrebări din materia de studii. După pregătire (30 de minute) studentul își expune oral răspunsul în fața comisiei de examinare de Stat, formată din 7–8 examinatori.

Nota generală este apreciată cu coeficienții respectivi din toate notele pe etape.

Literatura recomandată

De bază:

1. Cursurile de prelegeri.
2. A. Spânu. *Chirurgie*. Chișinău, 2000.
3. M. Kuzin. *Afecțiuni chirurgicale*. Moscova, 1994 (traducere).
4. V. Prâșcu. *Chirurgie,* vol. I–II. București, 1994–1996.
5. N. Angelescu (sub redacție). *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. I–II. București, 2001.
6. E. Proca. *Tratat de patologie chirurgicală,* vol. IV–VI. București, 1994.
7. D. Burlui, C. Constantinescu. *Chirurgie.* Manual pentru studenții anului IV–V. București, 1982.
8. В.В. Петровский. *Хирургические болезни*, 1980.
9. М. Кузин. *Хирургические болезни*. Moscova, 1992.

Suplimentară:

10. S. Duca. *Chirurgie laparoscopică,* 1997.
11. W. Silen. *Diagnosticul precoce al abdomenului acut*, 1991.
12. E. Tărcoveanu. *Perforația ulcerului gastric și duodenal*, 1988.
13. T. Chirileanu. *Patologie chirurgicală.* Cluj, V. II, 1981.
14. I. Fasciola, N. Ionescu. *Patologie chirurgicală.* Cluj-Napoca, 1980.
15. M. Patrit. *Hernie abdominală*. București, 1989.
16. D. Sabău. *Elemente de chirurgie a defectelor parietale abdominale*. București, 1989.
17. D. Gerota. *Explorarea chirurgicală a abdomenului.* București, 1982.
18. P. Bâtcă, A. Oprea. *Urgențe chirurgicale abdominale*. Chișinău, 1996.
19. M. Constantinescu. *Chirurgia*. București, 1989.
20. David C. Dunn. *Chirurgie, diagnostic și tratament*. București, 1995.
21. V. Fleture. *Principii și tehnici de chirurgie*. Timișoara, 1987.

22. L.Titirea. *Urgenţele medico-chirurgicale*. Bucureşti, 1996.
23. P. Rădulescu. *Elemente de patologie şi terapeutică chirurgicală*. Bucureşti, 1980.
24. Ю. М. Панцырева. *Клиническая хирургия (под ред.)* – Москва, 1988.
25. Б. О. Мильков с соавт. *Клинические задачи*. I–II. Москва, 1987.
26. К. Д. Тоскин. *Грыжи живота*. Москва, 1983.
27. В. И. Колесов. *Клиника и лечение острого аппендицита*, 1972.
28. К. С. Симонян. *Спаечная болезнь*. Москва, 1966.
29. А. Шалимов и соавт. *Хирургия печени и желчевыводящих путей*, 1993.
30. В. Саенко и соавт. *Диагностика и лечение острого кровотечения в просвете пищеварительного канала*, 1997.
31. Э. И. Гальперин, Н. Ф. Кузолев, С. Р. Карагюлян. *Рубцовые структуры желчных протоков*. Москва, 1982.
32. Т. П. Макаренко, А. В. Богданов. *Свищи желудочно-кишечного тракта*. Москва, 1986.
33. Ю. М. Лопухин, В. С. Савельев. *Хирургия* (перевод с англ.). Москва, 1997.
34. Ю. М. Панцырев. *Клиническая хирургия*. Москва, 1988.
35. Б. В. Петровский. *Хирургические болезни*. Москва, 1980.
36. Г. П. Ратнер. *Задачи по хирургическим ситуациям*. Москва, 1976.
37. К. Д. Тоскин, В.В. Жебровский. *Грыжи брюшной стенки*. Москва, 1990.
38. В. С. Савельев. *Острые нарушения мезентериального кровообращения*. Москва, 1990.
39. Н. И. Ботвинников. *Клиническая хирургия*. Минск, 1998.
40. М. И. Кузин, Б.М. Костюченок. *Раны и раневая инфекция*. Москва, 1990.

III. PROGRAMA ANALITICĂ DE STUDII ÎN REZIDENŢIAT LA SPECIALITATEA „CHIRURGIE"

INTRODUCERE

Specializarea primară în chirurgia generală prin rezidenţiat se realizează în baza programei de pregătire chirurgicală superioară cu responsabilitate progresivă

Durata rezidenţiatului – **4 ani**

Repartizarea ciclurilor:

1. *Chirurgia generală* –116 săptămâni

În ciclul *Chirurgia generală* sunt incluse 8 săptămâni de stagiere practică în spitalele teritoriale (anii 3 şi 4 – câte 4 săptămâni)

2. *Endoscopia* – 12 săptămâni

3. *Traumatologia-ortopedia* – 9 săptămâni

Ciclul include 3 săptămâni – *Combustiologie*

4. *Chirurgia toracică* – 4 săptămâni
5. *Chirurgia vasculară* – 4 săptămâni
6. *Chirurgia cardiacă* – 2 săptămâni
7. *Chirurgia pediatrică* – 4 săptămâni
8. *Urologia* – 4 săptămâni
9. *Obstetrica-ginecologia* – 4 săptămâni
10. *Chirurgia oncologică* – 8 săptămâni
11. *Anesteziologia-reanimatologia* – 3 săptămâni
12. *Anatomia topografică-chirurgia operatorie* – 3 săptămâni
13. *Examenul de certificare* – 4 săptămâni
14. *Neurotraumatologia* – 3 săptămâni

Ciclurile includ: **1. *prelegeri – 2 ore pe săptămână***
2. *seminare – 2 ore pe săptămână*
3. *vizita generală a bolnavului sub conducerea şefului catedrei (clinicii) şi a şefului secţiei – 2 ore pe săptămână*
4. *conferinţe clinice – 2 ore pe săptămână*

22. L.Titirea. *Urgenţele medico-chirurgicale*. Bucureşti, 1996.
23. P. Rădulescu. *Elemente de patologie şi terapeutică chirurgicală*. Bucureşti, 1980.
24. Ю. М. Панцырева. *Клиническая хирургия (под ред.)* – Москва, 1988.
25. Б. О. Мильков с соавт. *Клинические задачи*. I–II. Москва, 1987.
26. К. Д. Тоскин. *Грыжи живота*. Москва, 1983.
27. В. И. Колесов. *Клиника и лечение острого аппендицита*, 1972.
28. К. С. Симонян. *Спаечная болезнь*. Москва, 1966.
29. А. Шалимов и соавт. *Хирургия печени и желчевыводящих путей*, 1993.
30. В. Саенко и соавт. *Диагностика и лечение острого кровотечения в просвете пищеварительного канала*, 1997.
31. Э. И. Гальперин, Н. Ф. Кузолев, С. Р. Карагюлян. *Рубцовые структуры желчных протоков*. Москва, 1982.
32. Т. П. Макаренко, А. В. Богданов. *Свищи желудочно-кишечного тракта*. Москва, 1986.
33. Ю. М. Лопухин, В. С. Савельев. *Хирургия* (перевод с англ.). Москва, 1997.
34. Ю. М. Панцырев. *Клиническая хирургия*. Москва, 1988.
35. Б. В. Петровский. *Хирургические болезни*. Москва, 1980.
36. Г. П. Ратнер. *Задачи по хирургическим ситуациям*. Москва, 1976.
37. К. Д. Тоскин, В.В. Жебровский. *Грыжи брюшной стенки*. Москва, 1990.
38. В. С. Савельев. *Острые нарушения мезентериального кровообращения*. Москва, 1990.
39. Н. И. Ботвинников. *Клиническая хирургия*. Минск, 1998.
40. М. И. Кузин, Б.М. Костюченок. *Раны и раневая инфекция*. Москва, 1990.

III. PROGRAMA ANALITICĂ DE STUDII ÎN REZIDENŢIAT LA SPECIALITATEA „CHIRURGIE"

INTRODUCERE

Specializarea primară în chirurgia generală prin rezidenţiat se realizează în baza programei de pregătire chirurgicală superioară cu responsabilitate progresivă

Durata rezidenţiatului – **4 ani**

Repartizarea ciclurilor:

1. *Chirurgia generală* –116 săptămâni

În ciclul *Chirurgia generală* sunt incluse 8 săptămâni de stagiere practică în spitalele teritoriale (anii 3 şi 4 – câte 4 săptămâni)

2. *Endoscopia* – 12 săptămâni

3. *Traumatologia-ortopedia* – 9 săptămâni

Ciclul include 3 săptămâni – *Combustiologie*

4. *Chirurgia toracică* – 4 săptămâni
5. *Chirurgia vasculară* – 4 săptămâni
6. *Chirurgia cardiacă* – 2 săptămâni
7. *Chirurgia pediatrică* – 4 săptămâni
8. *Urologia* – 4 săptămâni
9. *Obstetrica-ginecologia* – 4 săptămâni
10. *Chirurgia oncologică* – 8 săptămâni
11. *Anesteziologia-reanimatologia* – 3 săptămâni
12. *Anatomia topografică-chirurgia operatorie* – 3 săptămâni
13. *Examenul de certificare* – 4 săptămâni
14. *Neurotraumatologia* – 3 săptămâni

Ciclurile includ: **1. *prelegeri – 2 ore pe săptămână***
2. *seminare – 2 ore pe săptămână*
3. *vizita generală a bolnavului sub conducerea şefului catedrei (clinicii) şi a şefului secţiei – 2 ore pe săptămână*
4. *conferinţe clinice – 2 ore pe săptămână*

În afară de program, pentru rezidenții-chirurgi este obligatorie frecventarea (participarea) şedinţelor societăţii de chirurgie, conferinţelor, simpozioanelor şi congreselor de chirurgie.

Servicii de urgenţă – 1 pe săptămână.

Evaluarea cunoştinţelor teoretice şi a deprinderilor practice se efectuează în cadrul colocviilor (sfârşitul fiecărui ciclu conex) şi examenelor de calificare (la sfârşitul fiecărui an – în ultima săptămână în cadrul anului de studii la specialitatea „Chirurgie").

Validarea cunoştinţelor teoretice şi practice se efectuează la sfârşitul anului IV (ultima lună) în cadrul examenului de stat de certificare.

Rezidenţii anilor III şi IV au statutul de rezidenţi seniori (şefi). Lor li se asumă responsabilitatea deplină în toate aspectele diagnosticului, tratamentului şi îngrijirii pacienţilor, bineînţeles, sub supravegherea discretă a îndrumătorilor.

Experienţa operatorie a rezidenţilor în cadrul acestui program trebuie să fie comparabilă. Deşi numărul total al operaţiilor mari şi medii efectuate de fiecare rezident în programele ţărilor care practică rezidenţiatul chirurgical nu este specificat, numărul acceptabil de cazuri majore şi medii în toţi anii trebuie să constituie 400–800, iar în anul IV (principal) – 120–240.

La solicitarea rezidenţilor şi cu acordul şefului clinicii, în cadrul programei la "Chirurgia generală" pot fi admise cicluri opţionale de chirurgie specializată (toracică, vasculară, plastică, miniinvazivă etc.) cu durata de 3–4 săptămâni, dacă în clinică există condiţiile necesare pentru asemenea subspecialităţi.

Rezidenţii, în mod obligatoriu, îşi înregistrează activitatea teoretică şi practică în jurnalul personal (bolnavii trataţi, manoperele şi operaţiile – asistenţele efectuate, participarea la conferinţele clinice, şedinţele societăţii de chirurgie, alte manifestări ştiinţifice şi literatura chirurgicală studiată). Jurnalele sunt controlate şi vizate de pedagogii îndrumători la sfârşitul fiecărui ciclu, fiecărei luni şi an de rezidenţiat, fiind documentul de bază pentru evaluarea practică a examenelor de promovare şi calificare.

PROGRAMA
desfăşurată a disciplinei

1. Istoricul chirurgiei

1.1. Istoricul chirurgiei mondiale

1.2. Istoricul chirurgiei româneşti

1.3. Istoricul chirurgiei în Republica Moldova

2. Etica şi deontologia

3. Nutriţia bolnavului chirurgical

3.1. Evaluarea statusului nutritiv

3.2. Nutriţia enterală şi parenterală

3.3. Aportul caloric, azotat şi vitaminic integrat cu reechilibrarea hidroelectrolitică

4. Şocul

4.1. Clasificarea şocului (hipovolemic, cardiogen, anafilactic, septic). Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

4.2. Sindroamele postşoc. Deficienţa multiplă de organe. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

5. Hemoragia

5.1. Hemoragia. Clasificarea. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

5.2. Hemostaza. Metodele de hemostază. Indicaţiile. Complicaţiile. Profilaxia complicaţiilor în hemostază

5.3. Transfuzia sângelui şi a substituenţilor sanguini. Indicaţiile şi contraindicaţiile. Clasificarea substituenţilor sanguini. Profilaxia complicaţiilor

6. Examenul preoperatoriu al bolnavului chirurgical

6.1. Anamneza. Examenul obiectiv. Explorarea complementară de rutină. Aprecierea riscului operator şi anestetic. Determinarea indicaţiilor către operaţie

6.2. Investigaţiile paraclinice şi imagistice în chirurgie. Ecografia.

Investigațiile radiologice. Endoscopia. Scintigrafia. Tomografia computerizată. Rezonanța magnetică nucleară. Laparoscopia

7. Principiile şi bazele generale ale chirurgiei operatorii

7.1. Asepsia şi antisepsia. Lucrul în sala de pansamente şi în blocul operator. Lucrul în calitate de asistentă de operație

7.2. Anestezia locală. Tehnica blocajelor novocainice

7.3. Tehnica inciziilor, suturilor şi ligaturilor. Tehnica biopsiilor ganglionare, cutanate şi musculare

7.4. Tehnica venepuncției, venesecției şi a cateterismului venos. Tehnicile de drenaj şi drenurile

7.5. Tehnica transfuziei sângelui şi a substituenților sanguini

7.6. Chirurgia miniinvazivă şi robotică

8. Infecția chirurgicală

8.1. Etiopatogenia infecției chirurgicale. Clasificarea infecției chirurgicale. Formele anatomo-clinice ale infecțiilor chirurgicale

8.2 Abcesul. Flegmonul. Furunculul. Carbunculul. Limfangita. Limfadenita. Hidroadenita. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

8.3. Erizipelul. Erizipeloidul. Etiopatogenia. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

8.4. Infecția anaerobă neclostridiană. Etiopatogeneza. Tabloul clinic. Principiile de bază în diagnosticul şi tratamentul infecției anaerobe neclostridiene

8.5. Bolile inflamatorii ale mâinii şi degetelor. Panariciile. Clasificarea. Flegmonul comisural. Metodele de anestezie şi principiile de bază în tratamentul chirurgical al focarelor purulente

8.6. Infecția anaerobă Clasificarea. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Principiile de bază în tratamentul infecției anaerobe. Baroterapia. Profilaxia infecției anaerobe

8.7. Gangrena gazoasă şi fasciita necrozantă. Etiopatogeneza. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul. Profilaxia

8.8. Tetanosul. Etiologia şi patogeneza. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Profilaxia tetanosului

8.9. Infecția nosocomială. Etiopatogenia. Formele clinice. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul. Profilaxia infecției nosocomiale

8.10. Antibioterapia. Clasificarea antibioticelor. Persistența microorganismelor la antibiotice. Antibiograma. Antibioprofilaxia

9. Plăgile

9.1. Clasificarea plăgilor. Epitelizarea şi cicatrizarea plăgilor. Particularitățile tratamentului chirurgical al plăgilor. Grefa cutanată

10. Politraumatismele

10.1 Etiopatogeneza politraumatismelor. Evaluarea şi diagnosticul. Explorarea paraclinică, tratamentul

11. Arsurile şi degerăturile

11.1. Arsurile termice, chimice şi prin curent electric. Tabloul clinic şi diagnosticul. Particularitățile tratamentului combustiilor electrice. Profilaxia complicațiilor

11.2. Boala combustională. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Particularitățile în tratamentul degerăturilor. Profilaxia degerăturilor

12. Transplantarea clinică de țesuturi şi organ

12.1. Imunologia alografei. Combaterea rejetului. Xenografia

12.2. Indicațiile pentru transplantul tisular şi de organe. Metodele de recoltare a țesuturilor şi organelor pentru transplantare

13. Patologia chirurgicală a glandei tiroide

13.1. Anatomia şi fiziologia glandei tiroide

13.2. Guşa sporadică şi endemică. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Clasificarea. Tratamentul conservator şi chirurgical. Complicațiile intra- şi postoperatorii şi profilaxia lor

13.3. Tireotoxicoza. Definiția. Incidența. Etiologia. Tabloul clinic şi diagnosticul. Clasificarea tireotoxicozei. Tratamentul. Indicații către tratamentul chirurgical. Contraindicații către tratamentul chirurgical. Complicațiile postoperatorii. Traheomalacia. Hipotireoza postoperatorie

13.4. Patologiile inflamatoare ale glandei tiroide. Strumita şi tireoidita acută. Tireoidita granulomatoasă. Tireoidita Hashimoto. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul. Guşa Riedel. Tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul

13.5. Tumorile glandei tiroide. Cancerul tiroidian. Clasificaţia (TNM). Tabloul clinic, diagnosticul. Tratamentul. Prognosticul

14. Patologia chirurgicală a glandelor paratiroide

14.1. Anatomia şi fiziologia glandelor paratiroide. Metodele de diagnostic

14.2. Hiperparatireoidismul. Tabloul clinic. Formele clinice. Diagnosticul. Tratamentul. Complicaţiile postoperatorii. Prognosticul

15. Esofagul

15.1. Anatomia şi fiziologia esofagului. Metodele speciale de diagnostic

15.2. Anomaliile congenitale esofagiene. Atrezia. Stenoza. Fistulele bronho-traheoesofagiene. Acalazia congenitală. Esofagul congenital scurt. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul

15.3. Leziunile (traumele) esofagiene. Traumatismele interne esofagiene. Traumatismele externe esofagiene. Tabloul clinic. Diagnosticul. Tratamentul. Corpii străini esofagieni

15.4. Combustiile chimice esofagiene. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Primul ajutor în combustiile chimice şi tratamentul în perioada acută

15.5. Structurile esofagiene. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

15.6. Acalazia cardiei (cardiospasmul). Etiologia. Patogeneza. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Tratamentul

15.7. Esofagospasmul. Etiologia. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul. Insuficienţa cardiei

15.8. Esofagita peptică (de reflux). Etiologia şi patogeneza. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

15.9. Diverticulii esofagieni. Clasificarea. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

15.10. Tumorile benigne şi chisturile esofagiene. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

15.11. Cancerul esofagian. Etiopatologia şi patogeneza. Anatomia patologică. Clasificarea internaţională. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

15.12. Sarcomul esofagian. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

16. Diafragmul

16.1. Anatomia şi fiziologia diafragmului. Metodele speciale de investigaţie

16.2. Traumatismele diafragmului şi herniile diafragmatice. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul. Relaxarea diafragmului

16.3. Herniile hiatului esofagian al diafragmului. Herniile glisante. Herniile paraesofagiene. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

17. Abdomenul

17.1. Graniţele abdomenului. Proiectarea organelor abdominale (peretele anterolateral). Metodele speciale de investigare

17.2. Abdomenul acut. Etiologia. Tabloul clinic. Metodele de investigaţie necesare la diferite etape de investigare a bolnavului

17.3. Traumatismul abdominal. Clasificarea. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

17.4. Maladiile peretelui abdominal. Fistulele. Tumorile. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

17.5. Herniile externe abdominale. Definiţie. Clasificarea. Elementele herniare. Etiologia şi patogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul

17.6. Hernia glisantă. Definiţie. Tabloul clinic. Tratamentul. Profilaxia herniilor

17.7. Hernia inghinală. Anatomia regiunilor inghinale. Herniile congenitale şi dobândite. Tabloul clinic şi diagnosticul. Criteriile diferenţial-diagnostice ale herniilor oblice şi directe. Tratamentul

17.8. Procedeele de refacere a canalului inghinal: Girar, Spasocucotștki, Chimbarovski, Bassini, Schouldice, Kukudjanov, Postemscki etc.

17.9. Herniile femurale. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

17.10. Herniile ombilicale (la copii şi la adulți). Simptomatica. Tratamentul

17.11. Herniile liniei albe. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

17.12. Herniile posttraumatice şi eventrațiile postoperatorii. Tratamentul. Profilaxia eventrațiilor postoperatorii

17.13. Herniile rar întâlnite. Hernia procesului xifoid. Hernia liniei Spieghel. Hernia lombară. Hernia obturatorie. Hernia perineală. Hernia ischiatică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

17.14. Complicațiile herniilor externe. Strangularea. Coprostaza. Ireductibilitatea. Inflamația sacului herniar (flegmonul). Anatomia patologică

17.15. Hernia strangulată. Strangularea elastică. Strangularea parietală. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

17.16. Coprostaza şi strangularea fecaloidă. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

17.17. Herniile abdominale interne: paraduodenale, prin hiatul lui Winslov, pericecale, intersigmoidiene, transmezenterice, retroanastomotice etc. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18. Stomacul şi duodenul

18.1. Anatomia şi fiziologia stomacului şi a duodenului. Metodele speciale de investigație

18.2. Viciile congenitale ale stomacului şi duodenului. Pilorostenoza. Diverticulii. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.3. Ulcerul peptic gastroduodenal. Ulcerul acut şi cronic. Etiologia şi patogeneza. Factorii ulcerogeni. Simptomatica. Tratamentul

18.4. Maladia ulceroasă. Ulcerul cronic duodenal. Patogeneza. Tabloul cronic şi diagnosticul. Diagnosticul diferențial

18.5. Ulcerul cronic gastric. Clasificarea Jonson. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Tratamentul

18.6. Complicațiile ulcerului gastric şi duodenal. Hemoragia gastrointestinală. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tactica curativă. Metodele intervențiilor chirurgicale practicate în hemoragii

18.7. Ulcerul perforat. Clasificarea (în cavitatea abdominală liberă, perforația acoperită, perforația ulcerului posterior). Simptomatica. Diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Tratamentul

18.8. Stenoza piloro-duodenală. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Tratamentul. Pregătirea preoperatorie. Selectarea metodei intervenției chirurgicale optime. Penetrația ulcerului

18.9. Maladiile endocrine ulcerogene. Hiperparatireoza primară. Diagnosticul. Tratamentul

18.10. BSO. Recidiva ulcerului peptic. Ulcerul peptic al jejunului. Fistula gastro-jejunală, gastrocolică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.11. Sindroamele postgastrorezecționale. Sindromul stomacului mic. Sindromul Dumping precoce şi tardiv. Reflux-gastrita şi reflux-esofagita. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul. Sindromul malabsorbției. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.12. Sindromul ansei aferente (acut şi cronic). Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.13. Sindroamele postvagotomice. Disfagia. Gastrostaza. Duodenostaza. Diareea. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.14. Complicațiile precoce postoperatorii în tratamentul chirurgical al ulcerului gastroduodenal. Hemoragia postoperatorie (intraabdominală şi în lumenul tractului digestiv). Etiologia. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.15. Dehiscența suturilor gastro-entero-, entero-entero-, gastroduodenoanastomozelor. Dehiscența suturilor bontului duodenal. Etiologia. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.16. Malformațiile duodenale. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.17. Tumorile stomacului şi duodenului. Polipul şi polipoza gastrică şi duodenală. Bezoarul. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.18. Cancerul gastric. Anatomia patologică. Clasificarea histologică. Căile de metastaze. Clasificarea (TNM) internaţională. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

18.19. Tumorile duodenale. Polipul adenomatos, lipomul, leiomiomul, neurinomul, hemangiomul etc. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul. Tumorile maligne duodenale

19. Intestinul subţire

19.1. Anatomia şi fiziologia intestinului subţire. Anomaliile de dezvoltare. Metodele de investigare

19.2. Diverticulul şi diverticuloza intestinului subţire. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

19.3. Maladia Crohn. Etiologia şi patogeneza. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

19.4. Tumorile intestinului subţire (benigne şi maligne). Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

19.5. Traumatismele intestinului subţire. Clasificarea. Etiologia. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

19.6. Boala aderenţială. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

19.7. Fistulele intestinului subţire. Clasificarea. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

19.8. Sindromul de malabsorbţie. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

19.9. Apendicele vermicular. Anatomia şi fiziologia

19.10. Apendicita acută. Etiopatogeneza. Clasificarea. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Tratamentul

19.11. Complicaţiile apendicitei acute. Plastronul apendicular. Abcesul periapendicular. Pileflebita. Peritonita. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

19.12. Particularităţile apendicitei acute la copii, vârstnici şi gravide. Complicaţiile postoperatorii

19.13. Apendicita cronică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Tratamentul

19.14. Tumorile apendicelui vermicular. Cancerul apendicular. Carcinoidul. Sindromul carcinoidian. Chisturile apendiculare. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

20. Colonul

20.1. Anatomia şi fiziologia colonului. Metodele de investigare

20.2. Boala Hirschprung. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

20.3. Colita ulceroasă nespecifică. Etiologia şi patogeneza. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Tratamentul

20.4. Diverticulul şi diverticuloza colonului. Etiologia. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

20.5. Polipul şi polipoza colonului. Clasificarea. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

20.6. Cancerul de colon. Anatomia patologică. Clasificarea. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul. Tabloul clinic şi diagnosticul. Complicaţiile. Tratamentul

21. Intestinul. Rectul

21.1. Anatomia şi fiziologia. Viciile congenitale. Metodele de investigaţie

21.2. Traumatismul rectului. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

21.3. Hemoroizii. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Complicaţiile. Tratamentul

21.4. Fisura anală. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

21.5. Perirectitele acute şi cronice. Etiopatogeneza. Clasificarea. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

21.6. Prolapsul rectal. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

21.7. Cancerul rectal. Clasificarea. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Complicaţiile. Tratamentul

21.8. Ocluzia intestinală. Etiopatogeneza. Clasificarea. Tabloul clinic şi diagnosticul. Dereglările patofiziologice. Tratamentul

21.9. Ocluzia intestinală prin strangulare. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

21.10. Volvulusul intestinal. Invaginarea intestinală. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

21.11. Ocluzia intestinală dinamică (paralitică şi spastică). Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

21.12. Tromboza şi embolia vaselor mezenterice. Formele clinice. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul. Indicaţii pentru rezecţia intestinului

22. Ficatul

22.1. Anatomia şi fiziologia ficatului. Metodele de investigare a ficatului

22.2. Traumatismele ficatului. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

22.3. Abcesele hepatice. Etiologia. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Tratamentul

22.4. Chistul hidatic hepatic. Etiologia. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Complicaţiile. Tratamentul

22.5. Chisturile hepatice neparazitare. Inflamaţiile specifice ale ficatului. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

22.6. Tumorile hepatice benigne (hemangiomul, hepatoadenomul, colangiohepatomul). Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

22.7. Cancerul hepatic. Tabloul clinic şi diagnosticul. Complicaţiile. Tratamentul. Prognosticul

22.8. Sindromul hipertensiunii portale. Clasificarea. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

23. Vezicula biliară şi căile biliare

23.1. Anatomia şi fiziologia veziculei biliare şi a căilor biliare. Metodele de investigare a veziculei biliare şi a căilor biliare

23.2. Anomaliile căilor biliare. Atrezia căilor biliare. Chistul coledocean. Boala Caroli. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

23.3. Colecistita cronică calculoasă. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Complicaţiile. Tratamentul

23.4. Colecistita acută calculoasă. Etiopatogeneza. Formele clinice. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

23.5. Coledocolitiaza. Angiocolita. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

23.6. Stricturile căilor biliare şi ale PDM. Fistulele biliodigestive interne. Tabloul clinic şi diagnosticul

23.7. Colecistita acalculoasă acută şi cronică. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

23.8. Sindromul biliarilor operaţi. Icterul mecanic. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

23.9. Tumorile veziculei biliare şi ale căilor biliare. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

23.10. Tumorile PDM. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

24. Pancreasul

24.1. Anatomia şi fiziologia pancreasului. Metodele de investigaţie

24.2. Traumatismele pancreasului. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

24.3. Pancreatita acută. Etiopatogeneza. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Diagnosticul diferenţial. Tratamentul

2.4.4. Pancreatita cronică. Etiopatogeneza. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

24.5. Chisturile şi fistulele pancreatice. Etiopatogeneza. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

24.6. Tumorile pancreatice. Clasificarea. Anatomia patologică. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

25. Splina

25.1. Anatomia şi fiziologia splinei. Metodele de investigare

25.2. Traumatismele splinei. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

25.3. Infarctul lienal. Abcesul lienal. Chisturile lienale. Tumorile lienale. Etiopatogeneza. Tabloul clinici şi diagnosticul. Tratamentul

26. Peritoneul

26.1. Anatomia şi fiziologia peritoneului. Leziunile peritoneale

26.2. Peritonitele. Clasificarea. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

26.3. Peritonitele localizate. Abcesul subdiafragmal. Abcesul bazinului mic. Abcesul interintestinal. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

26.4. Peritonita tuberculoasă. Peritonita ginecologică. Etiopatogeneza. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul.

26.5. Traumatismele spaţiului retroperitoneal. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul

26.6. Tumorile retroperitoneale. Corticosteromul. Androsteromul. Feocromocitomul. Tabloul clinic şi diagnosticul. Tratamentul.

TABELUL DE OPERAŢII (denumirea şi numărul minim de operaţii efectuate personal şi de asistenţe la operaţii de complexitate înaltă şi medie)

GRUPUL 1 (cap şi gât)

20 de operaţii, inclusiv 6 trepanaţii, 3 strumectomii, 6 traheotomii, incizii de tumori externe etc.

GRUPUL 2 (peretele toracal şi cavitatea toracică)

20 de operaţii, inclusiv 10 toracotomii, rezecţii costale, drenaj pleural, mamectomii etc.

GRUPUL 3 (peretele abdominal şi cavitatea abdominală)

120 de operaţii de complexitate medie şi superioară, inclusiv 5 gastrectomii distale, 20 de vagotomii şi operaţii de drenaj, 10 suturi de ulcer perforat, 5 gastrostomii etc.

30 de operaţii la vezicula biliară şi căile biliare, inclusiv colecistectomii convenţionale şi celioscopice, coledocotomii, colecisto-coledocoduodenoanastomoze etc.

20 de operaţii la ficat, splină, hernii ventrale postoperatorii etc.

20 de herniotomii inghinale, femurale, ombilicale.

6 operaţii la colon şi rect, inclusiv rezecţii, extirpaţii, operaţii la intestinul subţire.

4 ileostomii, colostomii.

20 de operaţii la organele genitale masculine (hidrocel, funicolocel, variocel).

10 laparoscopii de diagnostic.

40 de operaţii consecutive, inclusiv 20 de apendicectomii, 10 herniotomii în caz de hernii strangulate, 10 laparotomii în caz de peritonită acută şi ocluzie intestinală.

GRUPUL 4 (sistemul vascular, periferic nervos şi limfatic)

20 de operaţii, inclusiv 4 operaţii de sutură vasculară, 6 tromb- sau embolectomii, 10 flebectomii, simpatectomii, sutură de nerv etc.

20 de cava cateterizări după metoda Seldinger.

GRUPUL 5 (sistemul locomotor)

20 de operaţii, inclusiv amputaţii de coapsă sau de gambă, artrotomii, exarticulaţii, osteotomii, excizii tumoroase sau ale ţesuturilor moi, implantaţii de endoproteze, laminectomii, suturi de tendon etc.

GRUPUL 6 (traumatologie)

70 de operaţii, inclusiv 9 osteosinteze (fixare intra- sau extraosoasă), 6 operaţii în caz de leziuni ale articulaţiilor mari sau fracturi intraarticulare, 12 operaţii pentru leziuni asociate (ţesuturi moi, vase, nervi, tendoane), 6 operaţii la mână, 3 operaţii pentru osteomielită cronică (sechesrectomii); 24 de repoziţii de fracturi, fixaţii intraosoase cu tije metalice, extensii scheletale, fixaţii extraosoase cu aparatul Ilizarov, fixaţii cu atelă sau pansament gipsat, reduceri de luxaţii etc.

10 operaţii traumatologice consecutive.

GRUPUL 7 (chirurgia plastică şi reparatorie)

12 operaţii de grefă cutanată.

GRUPUL 8 (chirurgia ginecologică)

10 operaţii în caz de sarcină extrauterină, peritonită ginecologică, salping- şi ovarectomii.

GRUPUL 9 (chirurgia urologică)

10 operaţii, inclusiv puncţii suprapubiene ale vezicii urinare, epicistostomii, litotemii vizicale, nefrectomii etc.

GRUPUL 10 (chirurgia pediatrică)

5 operaţii, inclusiv apendectomii şi hernioplastii la copii.

GRUPUL 11 (chirurgia endoscopică)

30 manopere, inclusiv fibroesofagogastroduodenoscopii asociate cu acţiuni de hemostază endoscopică, polipectomie, biopsie, papilotomie şi colangiopancreatografie retrogradă.

Notă: raportul operaţii efectuate personal/asistenţe – aproximativ 2/3.

Planul tematic al rezidenţiatului la specialitatea "Chirurgie".

Repartizarea cursurilor pe anii de studii

An	Curs	Durata săptămânii	Orele didactice				Activitatea clinică	Gărzi, altele	Catedra responsabilă
			total	*prelegeri*	*seminare*	*lec. practice*			
Anul I	Chirurgie generală	33	594	66	66	462	594		Catedra de bază
	Chirurgie oncologică	4	72	8	8	56	72		Conf. N. Ghidirim
	Anatomie topog. şi chir.oper.	3	54	6	6	42	54		Pref. B. Topor
	Anesteziologie, reanimatologie	3	34	6	6	42	54		Prof. V. Ghereg, prof. B. Pârgari
	Endoscopie	2	36	4	4	28	36		Conf. A. Ghereg, conf. V. Guţu
	Total anul I	**45**	**810**	**90**	**90**	**630**	**810**	**792**	
Anul II	Chirurgie generală	19	342	38	38	218	342		Catedra de bază
	Ortopedie, traumatologie şi combustiologie	9	162	18	18	126	162		Prof. F. Gornea
	Neurotraumatologie	3	54	6	6	42	54		Prof. G. Zapuhlâh
	Chirurgie pediatrică	4	72	8	8	56	72		Acad. E. Gudumac
	Chirurgie oncologică	4	72	8	8	56	72		Acad. E. Corcimaru conf. N. Ghidirim
	Urologie	4	72	8	8	56	72		Prof. A. Tânase

Continuare

	Endoscopie	2	36	4	4	28	36		Conf. A. Ghereg, conf. V. Guțu
Total anul II		**45**	**810**	**90**	**90**	**630**	**810**	**792**	
Anul III	Chirurgie generală (în raion – 8 săp.)	31	558	62	62	434	558		Catedra de bază (Spitalul raional)
	Endoscopie	6	108	12	12	84	108		Conf. A. Ghereg, conf. V. Guțu
	Ginecologie obstetrică	4	72	8	8	56	72		Prof. V. Friptu
	Chirurgie toracică	4	72	8	8	56	72		Prof. V. Hotineanu, conf. N. Gladun
Total anul III		**45**	**810**	**90**	**90**	**630**	**810**	**792**	
Anul IV	Chirurgie generală (în raion – 8 săpt.)	33	594	66	66	462	594		Catedra de bază
	Chirurgie vasculară	4	72	8	8	56	72		Conf. N. Gladun
	Chirurgie cardiacă	2	36	4	4	28	36		Conf. A. Cebotaru
	Endoscopie	2	36	4	4	28	36		Conf. A. Ghereg, conf. V. Guțu
	Examen. inclusiv consultații	4	72	8	8	56	72		Catedra de bază
Total anul IV		**45**	**810**	**90**	**90**	**630**	**810**	**792**	
TOTAL		**180**	**3240**	**360**	**360**	**2520**	**3240**	**3168**	

Nota: La solicitarea rezidenților și cu acordul șefului clinicii, în cadrul disciplinei "Chirurgie generală" pot fi admise cicluri opționale de chirurgie specializată (toracică, vasculară, plastică, miniinvazivă etc.) cu durata de 3–4 săptămâni, dacă în clinică există condițiile necesare pentru asemenea subspecialități.

Planul tematic pentru rezidenții anului I

Nr. d/o	Denumirea temei	Numărul de ore			
		Prelegeri	Seminare	Lecții practice	Activitate clinică
1.	Istoricul chirurgiei. Istoricul chirurgiei mondiale, istoricul chirurgiei românești, istoricul chirurgiei în Republica Moldova	2	2	14	18
2.	Etica și deontologia	2	2	14	18
3.	Nutriția bolnavului chirurgical. Evacuarea statusului nutritiv. Nutriția enterală și parenterală	2	2	14	18
4.	Șocul. Clasificarea șocului. Sindroamele postșoc	2	2	14	18
5.	Hemoragia. Hemoragia. Hemostaza	2	2	14	18
6.	Transfuzia sângelui și a substituenților sanguini	2	2	14	18
7.	Examinarea preoperatorie a bolnavului chirurgical. Aprecierea riscului operator și anestetic. Determinarea indicațiilor către operație. Investigațiile paraclinice și imagistice în chirurgie	2	2	14	18
8.	Principiile și bazele generale ale chirurgiei operatorii. Asepsia și antisepsia. Chirurgia miniinvazivă și robotică	2	2	14	18
9.	Anestezia locală. Tehnica blocajelor novocainice	2	2	14	18
10.	Chirurgia miniinvazivă și robotică	2	2	14	18
11.	Infecția chirurgicală. Etiopatogenia infecției chirurgicale. Abcesul. Flegmonul. Furunculul. Carbunculul. Limfangita. Limfadenita	2	2	14	18
12.	Hidroadenita. Erizipelul. Erizipeloida. Infecția anaerobă neclostridiană	2	2	14	18
13.	Bolile inflamatorii ale mâinii și degetelor. Infecția anaeroba	2	2	14	18
14.	Gangrena gazoasă și fasciita necrozantă. Tetanosul	2	2	14	18

Continuare

15.	Infecția nosocomială. Antibioterapia	2	2	14	18
16.	Plăgile. Clasificarea plăgilor. Epitelizarea și cicatrizarea plăgilor. Particularitățile tratamentului chirurgical al plăgilor. Grefa cutanată	2	2	14	18
17.	Politraumatismele. Etiopatogeneza politraumatismelor. Evaluarea și diagnosticul	2	2	14	18
18.	Arsurile și degerăturile. Arsurile termice, chimice și prin curent electric. Boala combustională	2	2	14	18
19.	Transplantarea de țesuturi și organe. Imunologia alogrefei	2	2	14	18
20.	Abdomenul. Granițele abdomenului. Abdomenul acut	2	2	14	18
21.	Traumatismul abdominal	2	2	14	18
22.	Complicațiile herniilor externe. Hernia strangulată. Strangularea elastică. Coprostaza și strangularea fecaloidă	2	2	14	18
23.	Complicațiile ulcerului gastric și duodenal. Hemoragia gastro-intestinală	2	2	14	18
24.	Ulcerul perforat	2	2	14	18
25.	Complicațiile precoce postoperatorii în tratamentul chirurgical al ulcerului gastroduodenal	2	2	14	18
26.	Dehiscența suturilor gastro-entero-, ente-entero-, gastro-duodenoanastomozelor	2	2	14	18
27.	Apendicele vermicular. Anatomia și fiziologia. Apendicita acută	2	2	14	18
28.	Complicațiile apendicitei acute	2	2	14	18
29.	Particularitățile apendicitei acute la copii, vârstnici și gravide. Apendicita cronică. Tumorile apendicelui verticular	2	2	14	18
30.	Ocluzia intestinală. Ocluzia intestinală prin strangulare	2	2	14	18
31.	Nodulus intestini. Ocluzia intestinală dinamică. Tromboza și embolia vaselor mezenterice	2	2	14	18
32.	Abcesele hepatice	2	2	14	18
33.	Colecistita acută litiazică	2	2	14	18
	Total 1116 ore	**66**	**66**	**462**	**594**

Planul tematic pentru rezidenții anului II

Nr. d/o	Denumirea temei	Numărul de ore			
		Prelegeri	Seminare	Lecții practice	Activitate clinică
1.	Coledocolitiaza. Angiocolita	2	2	14	18
2.	Colecistita acalculoasă acută și cronică	2	2	14	18
3.	Sindromul biliarilor operați. Icterul mecanic	2	2	14	18
4.	Anatomia și fiziologia pancreasului. Metodele de investigații. Traumatismele pancreasului. Pancreatita acută	2	2	14	18
5.	Anatomia și fiziologia splinei. Metodele de investigare. Traumatismele splinei. Infarctul lienal. Abcesul lienal. Chisturile lienale. Tumorile lienale	2	2	14	18
6.	Anatomia și fiziologia peritoneului. Leziunile peritoneale. Peritonitele	2	2	14	18
7.	Peritonitele localizate. Abcesul subdiafragmal. Abcesul bazinului mic. Abcesul interintestinal. Peritonita tuberculoasă. Peritonita ginecologică	2	2	14	18
8.	Anatomia și fiziologia glandei tiroide. Gușa sporadică și endemică	2	2	14	18
9.	Tireotoxicoza. Clasificarea tireotoxicozei. Patologiile inflamatoare ale glandei tiroide	2	2	14	18
10.	Tumorile glandei tiroide	2	2	14	18
11.	Anatomia și fiziologia glandelor paratiroide. Metodele de diagnostic, hiperparatireoidismul	2	2	14	18
12.	Anomaliile congenitale esofagiene	2	2	14	18
13.	Leziunile (traumatismele) esofagiene. Combustiile chimice esofagiene. Stricturile esofagiene	2	2	14	18
14.	Esofagospasmul	2	2	14	18

Continuare

15.	Esofagita peptică (de reflux). Diverticulii esofagieni	2	2	14	18
16.	Tumorile benigne şi chisturile esofagiene. Cancerul esofagian. Sarcomul esofagian	2	2	14	18
17.	Anatomia şi fiziologia diafragmului. Traumatismele diafragmului şi herniile diafragmatice. Herniile hiatului esofagian al diafragmului	2	2	14	18
18.	Maladiile peretelui abdominal. Fistulele. Tumorile. Herniile externe abdominale	2	2	14	18
19.	Hernia glisantă. Hernia inghinală. Procedeele de refacere a canalului inghinal	2	2	14	18
	Total 756 ore	**38**	**38**	**218**	**342**

Planul tematic pentru rezidenţii anului III

Nr. d/o	Denumirea temei	Numărul de ore			
		Prelegeri	Seminare	Lecţii practice	Activitate clinică
1.	Herniile femurale. Herniile ombilicale (la copii şi la adulţi). Herniile liniei albe. Herniile posttraumatice şi eventraţiile postoperatorii	2	2	14	18
2.	Herniile rar întâlnite	2	2	14	18
3.	Herniile abdominale interne	2	2	14	18
4.	Anatomia şi fiziologia stomacului şi a duodenului. Metodele speciale de investigaţie. Viciile congenitale ale stomacului şi duodenului	2	2	14	18
5.	Ulcerul peptic gastroduodenal. Ulcerul acut şi cronic	2	2	14	18
6.	Maladia ulceroasă. Ulcerul cronic duodenal	2	2	14	18
7.	Stenoza piloro-duodenală	2	2	14	18
8.	Maladiile endocrine ulcerogene	2	2	14	18
9.	BSO. Recidiva ulcerului peptic. Ulcerul peptic al jejunului. Fistula gastro-jejunală, gastrocolică	2	2	14	18
10.	Sindroamele postgastrorezecţionale. Sindromul stomacului mic. Sindromul Dumping precoce şi tardiv. Reflux-gastrita şi reflux-esofagita. Sindromul malabsorbţiei	2	2	14	18
11.	Sindromul ansei aferente (acut şi cronic)	2	2	14	18
12.	Sindroamele postvagotomice	2	2	14	18
13.	Malformaţiile duodenale	2	2	14	18
14.	Tumorile stomacului şi duodenului. Cancerul gastric.Tumorile duodenale	2	2	14	18
15.	Anatomia şi fiziologia intestinului subţire. Diverticulul şi diverticuloza intestinului subţire	2	2	14	18
16.	Maladia Crohn. Tumorile intestinului subţire (benigne şi maligne)	2	2	14	18

Continuare

17.	Traumatismele intestinului subțire. Boala aderențială	2	2	14	18
18.	Fistulele intestinului subțire. Sindromul de malabsorbție	2	2	14	18
19.	Anatomia și fiziologia colonului. Boala Hirschprung	2	2	14	18
20.	Colita ulceroasă nespecifică	2	2	14	18
21.	Diverticulul și diverticuloza colonului. Polipul și polipoza colonului. Cancerul de colon	2	2	14	18
22.	Intestinul. Rectul. Anatomia și fiziologia. Viciile congenitale. Metodele de investigație. Traumatismul rectului. Hemoroizii	2	2	14	18
23.	Fisura anală. Perirectitele acute și cronice. Prolapsul rectal. Cancerul rectal	2	2	14	18
24.	Ficatul. Anatomia și fiziologia ficatului. Metodele de investigare a ficatului Traumatismele ficatului	2	2	14	18
25.	Chistul hidatic hepatic. Chisturile hepatice neparazitare	2	2	14	18
26.	Tumorile hepatice benigne (hemangiomul, hepatoadenomul, holangiohepatomul). Cancerul hepatic	2	2	14	18
27.	Sindromul hipertensiunii portale	2	2	14	18
28.	Anatomia și fiziologia veziculei biliare și a căilor biliare. Anomaliile căilor biliare. Atrezia căilor biliare. Chistul coledocean. Boala Caroli	2	2	14	18
29.	Colecistita cronică calculoasă	2	2	14	18
30.	Stricturile căilor biliare și ale PDM	2	2	14	18
31.	Tumorile veziculei biliare și ale căilor biliare. Tumorile PDM	2	2	14	18
	Total 1116 ore	**62**	**62**	**434**	**558**

NOTĂ: Inclusiv 4 săptămâni de stagiere practică în spitalele teritoriale. Activitatea chirurgicală include: 1. Chirurgia de ambulatoriu. 2. Chirurgia de urgență și 3. Mica chirurgie programată.

Planul tematic pentru rezidenții anului IV

Nr. d/o	Denumirea temei	Numărul de ore			
		Prelegeri	Seminare	Lecții practice	Activitate clinică
1.	Pancreatita acută și cronică	2	2	14	18
2.	Chisturile și fistulele pancreatice, tumorile pancreatice	2	2	14	18
3.	Traumatismele spațiului retroperitoneal. Tumorile retroperitoneale	2	2	14	18
4.	Sindromul abdomenului acut	6	6	42	54
5.	Herniile complicate și rar întâlnite (externe)	2	2	14	18
6.	Herniile abdominale interne	2	2	14	18
7.	Maladia ulceroasă și complicațiile ei	4	4	28	36
8.	Complicațiile precoce postoperatorii în tratamentul ulcerului gastric și duodenal	4	4	28	36
9.	Ocluzia intestinală	2	2	14	18
10.	Apendicita acută și complicațiile ei	4	4	28	36
11.	Colecistita acută și cronică, complicațiile	4	4	28	36
12.	Boala stomacului operat	4	4	28	36
13.	SPCE, icterul mecanic	4	4	28	36
14.	Chisturile și tumorile ficatului	2	2	14	18
15.	Sindroamele postvagotomice	4	4	28	36
16.	Malformațiile duodenale	2	2	14	18
17.	Boala aderențială	2	2	14	18
18.	Fistulele intestinale	2	2	14	18

Continuare

19.	Sindromul malabsorbției	2	2	14	18
20.	Tumorile intestinului subțire și ale apendicelui vermicular	2	2	14	18
21.	Colita ulceroasă nespecifică	2	2	14	18
22.	Diverticulii, polipii și polipoza colonului	2	2	14	18
23.	Maladiile rectului	2	2	14	18
24.	Chisturile hepatice și tumorile	2	2	14	18
	Total 1260 ore	**66**	**66**	**462**	**594**

NOTĂ: Inclusiv 4 săptămâni de stagiere practică în spitalele teritoriale. Activitatea chirurgicală include: 1. Chirurgia de ambulatoriu. 2. Chirurgia de urgență și 3. Mica chirurgie programată.

4. TESTE

4.1. CHIRURGIA ENDOCRINĂ
(Particularitățile de diagnostic și tratament în chirurgia endocrină a suprarenalelor, timusului, glandei tiroide)

1. CM. În legatură cu guşa sporadică, sunt adevărate următoarele afirmații:
   A. Creştere de volum a tiroidei
   B. Normofuncție tiroidiană
   C. Apare la cca 20% din populația unei zone
   D. Apare mai frecvent la femei
   E. Se transmite autozomal-recesiv

2. CM În evoluția unei guşi sporadice pot apare următoarele complicații:
   A. Compresiunea pe structurile anatomice învecinate
   B. Hemoragii interstițiale
   C. Tiroidită acută
   D. Hipertiroidizare
   E. Degenerescență malignă

3. CM. Indicații pentru tratamentul chirurgical al unei guşi sunt:
   A. Eşecul tratamentului medical
   B. Guşa parenchimatoasă difuză la debut
   C. Guşa hipertiroidizată
   D. Guşa nodulară
   E. Guşa suspectă de malignizare

4. CM. În funcție de situație, pot fi utilizate următoarele tipuri de intervenții chirurgicale în tratamentul unei guşi:
   A. Tiroidectomia subtotală
   B. Lobectomia totală
   C. Tiroidectomia totală
   D. Lobectomia subtotală

Continuare

19.	Sindromul malabsorbției	2	2	14	18
20.	Tumorile intestinului subțire și ale apendicelui vermicular	2	2	14	18
21.	Colita ulceroasă nespecifică	2	2	14	18
22.	Diverticulii, polipii și polipoza colonului	2	2	14	18
23.	Maladiile rectului	2	2	14	18
24.	Chisturile hepatice și tumorile	2	2	14	18
	Total 1260 ore	**66**	**66**	**462**	**594**

NOTĂ: Inclusiv 4 săptămâni de stagiere practică în spitalele teritoriale. Activitatea chirurgicală include: 1. Chirurgia de ambulatoriu. 2. Chirurgia de urgență și 3. Mica chirurgie programată.

4. TESTE

4.1. CHIRURGIA ENDOCRINĂ
(Particularitățile de diagnostic și tratament în chirurgia endocrină a suprarenalelor, timusului, glandei tiroide)

1. CM. În legatură cu guşa sporadică, sunt adevărate următoarele afirmații:
   A. Creştere de volum a tiroidei
   B. Normofuncție tiroidiană
   C. Apare la cca 20% din populația unei zone
   D. Apare mai frecvent la femei
   E. Se transmite autozomal-recesiv

2. CM În evoluția unei guşi sporadice pot apare următoarele complicații:
   A. Compresiunea pe structurile anatomice învecinate
   B. Hemoragii interstițiale
   C. Tiroidită acută
   D. Hipertiroidizare
   E. Degenerescență malignă

3. CM. Indicații pentru tratamentul chirurgical al unei guşi sunt:
   A. Eşecul tratamentului medical
   B. Guşa parenchimatoasă difuză la debut
   C. Guşa hipertiroidizată
   D. Guşa nodulară
   E. Guşa suspectă de malignizare

4. CM. În funcție de situație, pot fi utilizate următoarele tipuri de intervenții chirurgicale în tratamentul unei guşi:
   A. Tiroidectomia subtotală
   B. Lobectomia totală
   C. Tiroidectomia totală
   D. Lobectomia subtotală

E. Disecția radicală a gâtului (radical neck dissection)

5. CS. Scintigrafia adenomului toxic relevă:
   A. Captare difuză și omogenă a trasorului radioactiv
   B. Captare difuză, dar neomogenă, a trasorului radioactiv
   C. Captare în "tablă de șah"
   D. Nodul „fierbinte"
   E. Nodul „rece"

6. CS. Tratamentul cu iod radioactiv în tireotoxicoze are următoarele indicații:
   A. Boala Basedow
   B. Adenomul toxic
   C. Asocierea hipertiroidie – cancer tiroidian
   D. Tireotoxicozele induse de administrarea de hormoni tiroidieni
   E. Hipertiroidii secundare ale tumorilor secundare tireotrope

7. CS. Ce medicamente se folosesc în tratamentul tireotoxicozei:
   A. Mebendazol
   B. Biseptol
   C. Mercazolil
   D. Omeprazol
   E. Ampicilină

8. CM. Tratamentul medical al tireotoxicozei are următoarele obiective:
   A. Corectarea tulburărilor de ritm și a tahicardiei
   B. Reducerea hipertiroidiei
   C. Prevenirea crizelor tireotoxice
   D. Sedarea centrilor cortico-diencefalo-hipofizari
   E. Combaterea hiperparatiroidismului

9. CS. La 24 de ore după o tireoidectomie subtotală pentru tireo-toxicoză, apare: agitație, stare delirantă, tahicardie – 180 băt./min, aritmie hipertermie. Ce suspectați?

   A. Paralizie a recurenților
   B. Hipertireoză
   C. Hipoparatireoză
   D. Criză tireotoxică
   E. Embolie gazoasă

10. CS. Complicațiile tiroidectomiei includ următoarele, exceptând:
   A. Pareză de recurent
   B. Mixedem
   C. Criză tetanică
   D. Criză tireotoxică
   E. Sindrom exoftalmic

11. CM. Tireotoxicoza prezintă:
   A. Sindrom cardiovascular, digestiv și neuropsihic
   B. Particularități neuropsihice, legate de etiologie, vârstă, asocierea morbidă
   C. Suma manifestărilor clinice și viscerale este consecința unui exces de hormoni tiroidieni
   D. Suma manifestărilor clinice nu este consecința unui exces de hormoni tiroidieni
   E. Toate cele enumerate mai sus sunt false

12. CM. Manifestările crizei tireotoxice includ:
   A. Hipertermie, tahicardie, hipertensiune
   B. Termofobie, transpirații, parestezii
   C. Agitație, stare confuzională, vărsături
   D. Exoftalmie, insomnie, atrofii musculare
   E. Toate cele enumerate mai sus sunt false

13. CS. Care dintre următoarele modificări produse prin compresiunea hipertrofiei tiroidiene asupra simpaticului cervical sunt corect expuse?
   A. Turgescență, cianoza fetei

B. Tulburări cardio-respiratorii şi gastrice
C. Voce bitonală, afonie
D. Mioză, exoftalmie, bradicardie, ptoză palpebrală
E. Tulburări cerebrale, lipotimii

14. CS. Care dintre aceste afirmaţii sunt corecte?
A. În tireoidita cronică Hashimoto se evidenţiază anticorpi antitireoglobulinici şi antimicrosomali
B. În boala Basedow se evidenţiază imunoglobulinele tireostimulatoare(LATS-P)
C. Tumorile benigne tiroidiene sunt reprezentate de adenoame
D. Timoma este o tumoră a timusului
E. Toate afirmaţiile sunt corecte

15. CS. Ce afirmaţie referitoare la denumirea adenomului toxic tiroidian este exactă?
A. Este numit şi boala Graves-Basedow
B. Este numit guşa Hashimoto
C. Este numit boala Plummer
D. Este numit guşa Riedel
E. Toate afirmaţiile sunt false

16. CS. Factorii care declanşează apariţia crizei tierotoxice sunt:
A. Suspendarea terapiei
B. Agresiuni infecţioase sau agresiuni neuropsihice
C. Intervenţii chirurgicale insuficient pregătite
D. Toate afirmaţiile sunt false
E. Toate afirmaţiile sunt corecte

17. CM. Ce afirmaţii referitoare la tumorile benigne ale tiroidei sunt corecte?
A. Sunt reprezentate de adenoame, sunt asimptomatice, se dezvoltă încet
B. Au debut acut cu evoluţie rapidă

C. Metastazarea este frecventă şi timpurie
D. În 70% din cazuri apar ca noduli "reci" pe scintigramă
E. În 70% din cazuri apar ca noduli "calzi" pe scintigramă

18. CM. Pentru diagnosticul unei guşi maligne preoperator sunt utile următoarele examinări:
A. Scintigrama tiroidiană
B. Titrarea în ser a anticorpilor
C. Metabolismul bazal
D. Indicii de iodcaptare
E. Biopsia prin puncţie-aspiraţie

19. CM. Pentru neoplazia endocrină multiplă de tip I (MENI) sunt adevărate următoarele afirmaţii:
A. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale paratiroidelor, insulelor pancreatice şi hipofizei
B. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale suprarenalelor, pancreasului şi hipofizei
C. În cadrul MEN I hiperparatiroidismul este cea mai comună manifestare (90–100%)
D. Adenomul hipofizar pare a fi prezent la aproape toţi pacienţii cu MEN I
E. MEN I este o anomalie genetică autozomal-dominantă

20. CS. Ce afirmaţie referitoare la tiroida cronică Riedel este falsă?
A. Glanda tiroidă este invadată de ţesut fibros sclerozant, dens
B. Poate însoţi alte afecţiuni fibrozante idiopatice
C. Clinic apare ca o guşă dură, lemnoasă
D. Pacienţii prezintă guşă omogenă (nodulară bine deliminată, palpator moale)
E. Scintigrama cu I^{131} evidenţiază o captare difuză, neomogenă

21. CM. Ce afirmaţii referitoare la tiroidita limfocitară Hashimoto sunt adevărate?

A. Este boală autoimună
B. Apare predominant la femei
C. În serul pacienților se evidențiază titruri mari de anticorpi antitiroidieni
D. Boala este deseori familială, însoțită de alte afecțiuni autoimune
E. Clinic apare ca o gușă dură, lemnoasă, compresivă

22. CM. Ce afirmații referitoare la tiroidita subacută de Quervain sunt false?
A. Este mai frecventă la bărbați
B. Apare după un episod de infecție a căilor respiratorii superioare
C. Debutează cu febră/frison
D. Tiroida crește rapid în volum, este dureroasă la palpare
E. Este o forma gravă de tireotoxicoză

23. CM. Ce afirmații referitoare la neoplaziile endocrine multiple sunt incorecte?
A. Sunt sindroame în care la același individ sunt prezente tumori vizând două sau mai multe glande endocrine
B. Ambele forme MEN I și MEN II au și o componentă tiroidiană
C. În formele MEN I și MEN II lipsește componenta tiroidiană
D. Sindromul MEN II prezintă trei varietăți: tipul A, B și tipul familial
E. Feocromocitomul este un component al sindromului MEN I

24. CS. Care dintre următoarele afirmații referitoare la sindromul Zollinger-Ellison (ZE) sunt adevărate?
A. Sindromul ZE este responsabil de aproximativ 10% din ulcerele duodenale
B. Tumora (gastrinoma) se localizează predominant în cefalopancreas, clinic se manifestă cu ulcer peptic
C. Tumora se poate localiza și în ficat, stomac, hilul splenic
D. Aproximativ 50–75% dintre ele sunt maligne
E. Toate cele enumerate mai sus

25. CS. Cea mai sensibilă și specifică metodă de identificare a pacienților cu sindromul Zollinger-Ellison este:
A. Titrarea în ser a anticorpilor antitiroidieni
B. Dozarea gastrinemiei serice
C. Aprecierea katecolaminelor
D. Ph-metria sucului gastric
E. Toate cele enumerate mai sus

26. CS. Ce afirmație referitoare la sindromul Zollinger-Ellison este falsă?
A. Ulcerele din gastrinoame sunt, de obicei, de mărime moderată și mică (sub 1 cm în diametru)
B. Diareea apare la mai mult de 1/3 din cazuri
C. Ulcerul peptic este prezent în 90–95% din cazuri
D. Pacienții cu gastrinoame au niveluri serice ale gastrinei <150 pg/ml
E. Sunt prezente steatoreea și malabsorbția vitaminei B_{12}

27. CM. Sindromul Zollinger-Ellison are următoarea triadă caracteristică:
A. Ulcere multiple sau multiplu recidivante, atipice, cu evoluție gravă și rapidă
B. Hiposecreție gastrică cantitativă și calitativă
C. Chimismul gastric indică o hipersecreție bazală abundentă
D. Tumoră gastrino-secretoare (gastrinom)
E. Valorile gastrinei serice sunt mult scăzute

28. CS. Ce afirmație referitoare la feocromocitom este incorectă?
A. Boala reprezintă 1–5% din maladiile suprarenalelor
B. Are o incidență maximă între 20–35 de ani
C. Este o tumoră a celulelor cromafine
D. Mai frecvent se localizează în suprarenala dreaptă
E. Este o tumoră malignă

29. CS. Semnul dominant caracteristic feocromocitomului este:
A. Hipotensiune arterială
B. Hipertermie
C. Termofobie
D. Hipertensiune arterială
E. Insomnie

30. CS. Care dintre afirmațiile referitoare la tratamentul feocromocitomului este incorectă?
A. Extirparea tumorii este unica soluție terapeutică
B. Gestul chirurgical trebuie precedat, însoțit și urmat de tratamentul medicamentos de reglare a tensiunii arteriale
C. Se practică enuclearea tumorii, rezecția parțială a suprarenalelor sau adrenalectomia totală
D. Manipularea intraoperatorie a tumorii poate determina o criză hipertensivă
E. Gestul chirurgical se efectuează numai pe cale toracică

31. CM. Caracteristicile timonului:
A. Este o tumoră a timusului
B. Este o tumoră a suprarenalelor
C. Este o tumoră a tiroidei
D. Tumora poate fi asimptomatică, cu semne clinice compresive sau cu sindroame concomitente
E. Miastenia în combinație cu timomul are un prognostic nefavorabil

32. CS. Care dintre afirmațiile referitoare la tabloul clinic al miasteniei, la bolnavii cu timoame, este incorectă?
A. Debut acut și decurgere malignă
B. Crize colinergice și/sau miastenice
C. Dereglări severe motorice
D. Hipotrofii musculare
E. Respirație parodoxală

33. CM. Din sindromul MEN IIA fac parte:
A. Carcinomul medular multicentric
B. Feocromocitomul
C. Hiperparatiroidismul primar
D. Hiperplazia de celule C
E. Hiperplazia timică

34. CS. Din sindromul MEN IIB fac parte, exceptând:
A. Carcinomul medular de tiroidă
B. Feocromocitomul
C. Ganglioneuroamele intestinale
D. Insulinomul
E. Nervoamele mucoase

35. CS. Sindromul renal în hiperparatiroidism se manifestă prin următoarele, exceptând:
A. Poliuria hipostenurică
B. Litiaza renală
C. Nefrocalcinoza
D. Insuficiența renală
E. Atonia vezicii urinare

36. CS. Pentru hiperparatiroidism sunt caracteristice următoarele manifestări, exceptând:
A. Scurtarea intervalului QT pe ECG
B. Hipotonia musculară
C. Sindroamele radiculare
D. Reflexele osteotendinoase crescute
E. Stările depresive, astenia

37. CM. Următoarele semne clinice pledează pentru un hiperparatiroidism primar:
A. Sete, poliurie, pierdere ponderală
B. Crampe, fibrilații musculare

C. Slăbiciune generală şi musculară severă
D. Dureri în oasele supuse presiunii, fracturi patologice
E. Tegumente îngroşate depigmentate

38. CM. Privind criza hiperparatiroidiană sunt adevărate următoarele afirmaţii:
A. Se instalează lent
B. Apar greţuri, vome incoercibile, dureri acute abdominale
C. Se agravează insuficienţa renală cu trecere în comă uremică
D. Scade temperatura corpului
E. Pot fi hemoragii gastrointestinale, edem sau infarct pulmonar

39. CM. Criza hiperparatiroidiană impune următoarele măsuri terapeutice:
A. Hidratare masivă cu soluţie NaCl 0,9% (500 ml repetat)
B. Sol. Diazepam 2,0 ml i/m repetat
C. Forţarea diurezei cu sol. Furosemid 40 mg i/v repetat
D. Sol. Hidrocortizoni hemisuccinati 100 mg i/v repetat
E. Sol. Paratireoidini 100 un. i/m

40. CM. Criza tireotoxică se caracterizează prin:
A. Hipertermie, tahicardie, hipertensiune
B. Termofobie, transpiraţii, parastezii
C. Agitaţie, stare confuzională, vărsături
D. Exoftalmie, insomnie, atrofii musculare
E. Exoftalm

41. CM. Pentru diagnosticul unei guşi maligne sunt utile următoarele examene:
A. Scintigrafia tiroidiană
B. Titrarea în ser a anticorpilor
C. Metabolismul bazal
D. Indicii de iodcaptare
E. Biopsia prin puncţie

42. CS. Pentru neoplazia endocrină multiplă de tip I (MEN1) nu este caracteristic:
A. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale paratiroidelor, insulelor pancreatice şi hipofizei
B. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale suprarenalelor, pancreasului şi hipofizei
C. În cadrul MEN I hiperparatiroidismul este cea mai comună manifestare (90–100%)
D. Adenomul hipofizar pare a fi prezent la aproape toţi pacienţii cu MEN I
E. MEN I este o anomalie genetică autozomal-dominantă

43. CM. Ce afirmaţii referitoare la tiroidita subacută de Quervain sunt adevărate?
A. Este mai frecventă la bărbaţi
B. Apare după un episod de infecţie a căilor respiratorii superioare
C. Debutează cu febră/frison
D. Tiroida creşte rapid în volum, este dureroasă la palpare
E. Este o forma gravă de tireotoxicoză

44. CS. Sindromul MEN IIA nu include:
A. Carcinom medular multicentric
B. Feocromocitom
C. Hiperparatiroidism primar
D. Hiperplazie de celule C
E. Hiperplazie timică

45. CS. Sindromul MEN IIB include, exceptând:
A. Carcinom medular de tiroidă
B. Feocromocitom
C. Ganglioneuroame intestinale
D. Insulinom
E. Neuroame mucoase

46. CS. Care din semnele de mai jos sunt caracteristice unei crize tireotoxice?
A. Tegumente uscate, dermatite
B. Încurbații femurale, tibiale
C. Calcificarea ganglionilor bazali (pe radiografia de craniu)
D. Agitație, febră, tahicardie
E. Subțierea corticalei şi lărgirea canalului medular al oaselor lungi

47. CM. Manifestările ce pot fi datorate exesului de hormoni tiroidieni în periferie sunt:
A. Cardiotireoza
B. Enteropatia tireotoxică
C. Diabetul
D. Insuficiența renală
E. Hepatoza

48. CM. Manifestările ce pot fi datorate carenței de hormoni tiroidieni în periferie sunt:
A. Cardiopatia mixedematoasă
B. Artropatiile degenerative
C. Diabetul
D. Litiaza veziculară
E. Distrofiile musculare

49. CS. Triada: exoftalm, tireomegalie, aritmie este relevatoare pentru:
A. Boala Hashimoto
B. Cancerul tiroidian
C. Guşa endemică
D. Tiroidita cronică
E. Boala Basedow

50. CS. Sindromul ocular în boala Basedow include, exceptând:
A. Strălucirea şi fixitatea privirii
B. Retracția pleoapei superioare

C. Convergența insuficientă a globilor oculari
D. Exoftalmia adevărată
E. Exoftalmul

Răspunsuri corecte. Chirurgia endocrină

1 ABDE; 2 ABCDE; 3 ACDE; 4 ABCD; 5 D; 6 D; 7 C; 8 ABCD; 9 D; 10 E; 11 ABC; 12 AC; 13 D; 14 E; 15 C; 16 E; 17 AC; 18 AE; 19 ACDE; 20 D; 21 ABCD; 22 AE; 23 CE; 24 E; 25 B; 26 D, 27 ACD; 28 E; 29 D; 30 E; 31 AE; 32 E; 33 ABCD; 34 D; 35 E; 36 D; 37 ACD; 38 BCE; 39 ACD; 40 AC; 41 AE; 42 B; 43 BCD; 44 E, 45 D; 46 D; 47 ABCE; 48 ABDE: 49 E, 50 E.

4.2. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE MEDIASTINULUI

1. CM. Care din afirmațiile următoare este corectă?
   A. Mediastinul posterior conține: traheea, esofagul, nervii vagi, venele azygos și hemiazygos, ganglionii limfatici
   B. În mediastinul superior se află: segmentele proximale ale traheii, esofagului și timusul, cârja aortei cu ramurile ei, canalul toracic limfatic
   C. În mediastinul posterior sunt situate: esofagul, segmentul toracic descendent al aortei, canalul toracic limfatic, nervii simpatici și parasimpatici, ganglionii limfatici
   D. În mediastinul mediu se află: pericardul, inima, bifurcația traheii și bronhiile principale, arterele și venele pulmonare, ganglionii limfatici ai bifurcației traheii
   E. În mediastinul anterior, între pericard și stern, sunt situate: timusul, nervii vagi, canalul limfatic toracic, esofagul

2. CM. Care din metodele de investigații enumerate se folosesc pentru aprecierea localizării tumorilor și chisturilor în mediastin?
   A. Metodele radiologice
   B. Biolocația ultrasonoră
   C. Rezonanța magnetică nucleară
   D. Metodele instrumentale de diagnostic
   E. Investigațiile morfologice

3. CS. Pentru diagnosticarea tumorilor și chisturilor mediastinului se folosesc următoarele metode radiologice, exceptând:
   A. Radioscopia și radiografia în două proiecții
   B. Tomografia
   C. Pneumomediastinografia
   D. Angiografia
   E. Urografia cistoscopică

4. CS. Care din metodele de investigații enumerate confirmă histogeneza tumorilor mediastinului?
   A. Rezonanța magnetică nucleară
   B. Tomografia computerizată
   C. Mediastinografia
   D. Examenul morfologic
   E. Pneumomediastinografia

5. CS. Tumorile mediastinului de origine embrionară sunt următoarele, exceptând:
   A. Chisturile dermoide și teratoamele
   B. Seminoamele primitive
   C. Tumorile benigne și maligne din mezenchim
   D. Corioepiteliomul primitiv
   E. Cordomul

6. CS. Chisturi ale mediastinului de origine embrionară sunt următoarele, exceptând:
   A. Chisturile mezoteliale pleuro-pericardiace
   B. Chisturile bronhogenice
   C. Chisturile gastro-enterogene
   D. Chisturile paraesofagiene
   E. Meningocelul

7. CM. Tumori dezvoltate pe seama țesuturilor mediastinale adulte sunt următoarele, exceptând:
   A. Tumorile din țesutul conjunctiv
   B. Tumorile neurogene
   C. Tumorile din țesut adipos celular
   D. Tumorile ganglionare
   E. Tumorile din vasele sanguine și limfatice

8. CM. Tumori și chisturi mediastinale primitive sunt următoarele, exceptând:

A. Tumorile timice
B. Meningocelul
C. Chistul hidatic
D. Tumorile metastatice
E. Maladia Hodgkin

9. CS. Cea mai frecventă complicație a chisturilor primitive mediastinale este:
A. Degenerarea malignă
B. Comprimarea organelor învecinate
C. Hemoragia
D. Perforația
E. Inflamația și supurația

10. CM. Pentru intervenția chirurgicală în tumorile maligne mediastinale contraindicații absolute sunt:
A. Metastazele la distanță
B. Sindromul venei cave superioare
C. Paralizia laringiană stabilă (persistentă)
D. Disfagia
E. Sindromul doloric

11. CS. Care afirmație este corectă în atitudinea tacticii de tratament al tumorilor benigne și al chisturilor mediastinale?
A. Supravegherea în dinamică
B. Tratamentul chirurgical
C. Tratamentul radioterapeutic
D. Chimioterapia
E. Tratamentul combinat

12. CS. Cea mai eficace metodă de tratament în tumorile maligne neganglionare ale mediastinului este următoarea:
A. Tratamentul chirurgical
B. Tratamentul radioterapeutic

C. Tratamentul chimioterapeutic
D. Tratamentul radioterapeutic și chimioterapeutic
E. Tratamentul combinat: chirurgical și chimioterapeutic

13. CS. Metoda de baza (principală) în tratamentul limfoamelor maligne primitive ale mediastinului este următoarea:
A. Tratamentul chirurgical
B. Tratamentul radioterapeutic
C. Tratamentul chimioterapeutic
D. Tratamentul chirurgical și chimioterapeutic
E. Tratamentul combinat: chimioradioterapeutic

14. CM. Emfizemul mediastinului poate fi provocat de următoarele cauze:
A. Ruptura traheii
B. Ruptura esofagului
C. Ruptura bronhiilor
D. Ruptura stomacului
E. Ruptura pericardului

15. CM. Care forme ale mediastinitei acute nespecifice sunt primitive?
A. Mediastinita cauzată de traumatismul mediastinului fără lezarea organelor mediastinului
B. Mediastinita cauzată de traumatismul mediastinului cu lezarea organelor mediastinului
C. Mediastinita cauzată de traumatismul mediastinului cu lezarea pleurei și plămânilor
D. Mediastinita consecutivă unui focar din vecinătate
E. Mediastinita metastatică (consecutivă unor infecții generalizate)

16. CS. Care din metodele paraclinice de diagnostic în mediastinita acută purulentă sunt cele mai informative?
A. Ultrasonografia

B. Investigațiile de laborator
C. Metodele radiologice
D. Bronhoscopia
E. Pneumoperitoneumul

17. CS. Metoda de elecție în tratamentul mediastinitei acute purulente este următoarea:
A. Tratamentul de dezintoxicare
B. Tratamentul antimicrobian
C. Tratamentul de dezintoxicare în combinație cu cel antimicrobian
D. Tratamentul chirurgical
E. Tratamentul fizioterapeutic

18. CS. Cea mai frecventă floră microbiană depistată la pacienții cu mediastinită acută nespecifică este:
A. Aerobă
B. Fungii
C. Anaerobă
D. Mixtă (aerobă și anaerobă)
E. Flora anaerobă neclostridiană

19. CS. Căile de infectare a mediastinului în mediastinita acută sunt următoarele, exceptând:
A. Calea limfogenă
B. Calea hematogenă
C. Dintr-un focar septic din vecinătate
D. Mixtă
E. Pe cale aerogenă

20. CS. Tabloul clinic în mediastinita acută se caracterizează prin următoarele semne, exceptând:
A. Febra 39–40°
B. Frisoanele
C. Icterul

D. Durerile retrosternale
E. Insomnia, inapetența

21. CS. Diagnosticul diferențial al mediastinitei acute se face cu următoarele maladii, exceptând:
A. Pneumoniile
B. Pleureziile
C. Pericarditele
D. Tumorile mediastinale
E. Relaxarea diafragmului

22. CS. Indicați metoda cea mai eficace în diagnosticul mediastinitelor acute purulente (abcedante):
A. Bronhoscopia
B. Examenul radiologic în 2 proiecții
C. Angiopulmonografia
D. Puncția mediastinului
E. Ecografia

23. CS. Chisturile dermoide și teratoamele mediastinale cel mai des se localizează în:
A. Mediastinul anterio-superior
B. Mediastinul posterior
C. Mediastinul mediu
D. Mediastinul superior
E. Mediastinul inferior

24. CS. Numiți tipurile de abord chirurgical în mediastinita acută, exceptând:
A. Abordul parasternal
B. Abordul sternal
C. Abordul dorsal
D. Toraco-abdominal
E. Abdominal

25. CS. Criteriile de înlăturare a drenajului în mediastinita acută sunt, exceptând:
A. Lipsa de intoxicație septică
B. Temperatura normală a corpului
C. Lipsa eliminărilor pe dren
D. Starea generală satisfăcătoare
E. Tranzitul gastrointestinal reluat

26. CS. Care este cel mai convingător semn clinic şi radiologic în mediastinita acută, cauzată de flora microbiană anaerobă?
A. Durerile retrosternale
B. Dispneea
C. Semnele clinice şi radiologice de emfizem
D. Disfagia
E. Imobilizarea unui hemidiafragm

27. CM. Care dintre sindroamele şi simptomele enumerate sunt caracteristice pentru mediastinita acută?
A. Durerile retrosternale
B. Durerile interscapulare
C. Disfagia
D. Dereglările respiratorii
E. Instabilitatea hemodinamicii

28. CS. Bioptatele în caz de tumori ale mediastinului pot fi recoltate prin următoarele metode, exceptând:
A. Bronhoscopia
B. Puncția transcutană
C. Mediastinoscopia
D. Mediastinotomia
E. Laparoscopia

29. CS. Care din tumorile mediastinului mai frecvent sunt localizate în mediastinul posterior ?

A. Tumorile neurogene
B. Dermoizii şi teratoamele
C. Tumorile ganglionare
D. Tumorile timusului
E. Limfomul non-Hodgkin

Răspunsuri corecte. Afecțiunile chirurgicale ale mediastinului

1 BCD; 2 ABCD; 3 E; 4 D; 5 C; 6 E; 7 ABCDE; 8 BCD; 9 E; 10 ABC;11 B; 12 E; 13 E; 14 ABC; 15 ABC; 16 C; 17 D; 18 D; 19 E; 20 C; 21 E; 22 D; 23 A; 24 E; 25 E; 26 C; 27 ABCDE; 28 E; 29 A.

4.3. AFECȚIUNILE PLEURO-PULMONARE SUPURATIVE (Abcesul pulmonar, Boala bronșiectatică, Gangrena pulmonară, Pleureziile purulente nespecifice)

1. CS. Factorul etiologic (mecanismul) principal în dezvoltarea abcesului și gangrenei pulmonare este:
   A. Factorul bronhogen
   B. Traumatismele
   C. Boala bronșiectactică
   D. Emboliile septice
   E. Răspândirea infecției din focare purulente din vecinătate

2. CS. Cauza principală în dezvoltarea gangrenei pulmonare este:
   A. Reactivitatea imunologică scăzută
   B. Vârsta înaintată a pacientului
   C. Bolile concomitente
   D. Flora microbiană
   E. Reactivitatea imunologică scăzuta și flora microbiană

3. CS. Care floră microbiană mai frecvent provoacă declanșarea gangrenei pulmonare?
   A. Protozoarele
   B. Fungii
   C. Flora microbiană aerobă gram-pozitivă
   D. Flora microbiană aerobă gram-negativă
   E. Flora microbiană anaerobă neclostridiană

4. CS. Care este localizarea mai frecventă a abceselor pulmonare prin aspirație?
   A. Segmentele bazale anterioare ale lobilor inferiori
   B. Segmentele laterale ale lobilor inferiori
   C. Segmentele apicale ale lobilor superiori
   D. Segmentele anterioare ale lobilor superiori

   E. Segmentele posterioare ale plămânilor (preponderent lobii superiori)

5. CM. Abcesele de origine bronhogenică în majoritatea cazurilor sunt:
   A. Multiple
   B. Periferice
   C. Solitare
   D. Centrale
   E. Bilaterale

6. CM. Abcesele pulmonare secundare unor embolii septice sunt:
   A. Centrale
   B. Multiple
   C. Periferice
   D. Solitare
   E. Bilaterale

7. CS. Care simptom nu este caracteristic pentru faza I a abcesului pulmonar acut?
   A. Tusea
   B. Sindromul de intoxicatie septico-purulentă
   C. Expectorația purulentă
   D. Dispneea
   E. Sindromul algic

8. CM. Care sindrom se diminuează în faza a doua a abcesului pulmonar acut?
   A. Hemoptizia
   B. Tusea
   C. Expectorația
   D. Dispneea
   E. Intoxicația septico-purulentă

9. CS. Sindromul fizic caracteristic pentru faza I a abcesului pulmonar este:

A. Sindromul de hiperinflaţie pulmonară
B. Sindromul de condensare pulmonară
C. Devierea mediastinului contralateral
D. Sindromul fizic cavitar
E. Sindromul de revărsat pleural

10. CS. Sindromul fizic caracteristic pentru faza a doua a abcesului pulmonar acut este:
A. Sindromul de hiperinflaţie pulmonară
B. Sindromul de condensare pulmonară
C. Devierea mediastinului contralateral
D. Sindromul fizic cavitar
E. Sindromul de revărsat pleural

11. CS. Care metodă paraclinică de diagnostic este mai informativă în faza I a abcesului pulmonar acut ?
A. Scanarea cu radionuclizi
B. Bronhoscopia
C. Tomografia asociată cu puncţie transtoracală
D. Ultrasonografia
E. Bronhografia

12. CM. Cea mai informativă metodă de diagnostic în faza a doua a abcesului pulmonar acut este:
A. Angiopulmonografia
B. Radiografia de ansamblu în două proiecţii
C. Scanarea cu radionuclizi
D. Tomografia
E. Ultrasonografia

13. CS. Imaginea radiologică caracteristică pentru gangrena pulmonară este:
A. Condensarea plămânului
B. Sindromul de hiperinflaţie

C. Formaţiunea cavitară solitară
D. Imaginea lichidiană plină bine delimitată
E. Opacitatea pulmonară răspândită cu focare de distrucţie (fagure de albină)

14. CS. Cu care formă a empiemului închistat diagnosticul diferenţial al abcesului pulmonar este mai dificil?
A. Empiem apical
B. Empiem mediastinal
C. Empiem interlobar cu fistulă bronşică
D. Empiem parietal
E. Empiem supradiafragmal

15. CS. Cu care dintre formaţiunile cavitare ale toracelui diagnosticul diferenţial al abcesului pulmonar este mai dificil de efectuat?
A. Cancerul pulmonar forma atipică
B. Tuberculoza pulmonară forma excavată
C. Chistul supurat cu fistulă bronşică
D. Boala bronşiectatică
E. Abcesul mediastinal

16. CS. Complicaţia cea mai frecventă a abcesului piogen pulmonar acut:
A. Generalizarea procesului septico-purulent cu abcese la distanţă
B. Piopneumotoraxul
C. Hemoragia
D. Mediastenita acută
E. Afectarea plămânului sănătos

17. CS. Cea mai gravă şi periculoasă complicaţie a abcesului pulmonar acut este:
A. Pleurezia seroso-fibrinoasă
B. Pleurezia purulentă
C. Pleurezia purulentă cu fistulă bronşică
D. Hemoragia profuză

E. Mediastenita acută

18. CS. Hemoragia profuză survine mai frecvent în:
A. Boala bronşiectatică
B. Abcesele pulmonare
C. Tuberculoza pulmonară
D. Cancerul pulmonar
E. Gangrena pulmonară

19. CS. În gangrenă şi în abcesele pulmonare acute cea mai frecventă sursă a hemoragiei profuze o constituie:
A. Eroziunile mucoasei bronhiilor
B. Ramurile arterei pulmonare
C. Arterele intercostale
D. Cârja şi aorta toracică
E. Arterele bronşice

20. CS. Metoda veritabilă de determinare a florei microbiene în abcesul şi gangrena pulmonară este:
A. Analiza sputei expectorate
B. Analiza lichidului de lavaj aspirat
C. Analiza conţinutului aspirat în timpul bronhoscopiei
D. Analiza frotiului nazo-faringian
E. Analiza materialului prin puncţia transtoracală

21. CM. Metodele principale de tratament al abceselor acute şi al gangrenei pulmonare sunt:
A. Corecţia metabolismului hidro-salin
B. Antibioterapia
C. Dezintoxicaţia
D. Asanarea locala a focarului purulent
E. Imunocorecţia activă

22. CS. Metoda de elecţie pentru asanarea abcesului pulmonar acut este:

A. Inhalaţii cu aerosoli
B. Drenajul postural
C. Toracopleuropneumocinteza cu drenare
D. Lavajul bronşic prin cateterism
E. Bronhoscopia cu lavaj

23. CS. Metoda de elecţie în asanarea abceselor voluminoase cu sechestre şi intoxicaţie septică pronunţată este:
A. Toracopneumocinteza cu drenaj
B. Bronhoscopia
C. Lavajul bronşic prin cateterism
D. Microtraheostomia
E. Toracopneumotomia şi drenarea abcesului

24. CS. Care din metodele de hemostază practic nu este realizabilă în hemoragiile din abcesele pulmonare?
A. Bronhoscopia cu obstruarea bronhiei de drenaj
B. Colabarea plămânului afectat
C. Embolizarea arterelor bronşice
D. Toracopneumotomia şi suturarea vaselor în cavitatea abcesului
E. Rezecţia pulmonară

25. CS. Metoda terapeutică de elecţie în gangrena pulmonară complicată cu hemoragii repetate şi importante este:
A. Bronhoscopia cu lavaj
B. Punctia pleurală repetată
C. Pleurotomia minimă (închisă)
D. Toracopneumotomia cu tamponament
E. Rezecţia pulmonară

26. CS. Metoda de bază a tratamentului local, în cazul rupturii abcesului piogen sau gangrenos în cavitatea pleurală, este:
A. Bronhoscopia cu lavaj
B. Puncţia pleurală repetată

C. Pleurotomia minimă (închisă)
D. Toracotomia largă, asanarea, drenarea cavității pleurale şi a abcesului
E. Rezecția pulmonară

27. CS. În aprecierea rezultatelor tratamentului conservator al abcesului pulmonar acut care afirmație nu este corectă?
A. Însănătoşirea are loc în 80–85% din cazuri
B. Însănătoşirea definitivă (clinică şi morfopatologică) în 25–40% din cazuri
C. Însănătoşirea numai clinică se înregistrează în 35–50% din cazuri
D. Cronicizarea procesului are loc în 50% din cazuri
E. Mortalitatea constituie 1–2%

28. CM. Care din cauzele enumerate conduc la cronicizarea abcesului pulmonar?
A. Tratamentul conservator întârziat
B. Terapia antibacteriană defectuoasă
C. Localizarea apicală a abcesului
D. Terapia de dezintoxicare neadecvată
E. Abcesul pulmonar voluminos cu sechestre, asanat defectuos

29. CS. Complicația cea mai gravă a abcesului pulmonar cronic este:
A. Tuberculizarea cavității reziduale
B. Suprainfectarea cu fungi
C. Amiloidoza viscerală
D. Hemoptizia
E. Pioscleroza cu bronşiectazii secundare

30. CS. Metoda cea mai eficace de diagnostic în abcesul cronic este:
A. Angiopulmonografia
B. Scanarea cu radionuclizi
C. Radiografia de ansamblu

D. Bronhoscopia
E. Tomografia şi bronhografia

31. CS. Care din formele evolutive ale abcesului pulmonar cronic nu vor fi supuse tratamentului chirurgical?
A. Hemoragiile repetate
B. Cavitatea restantă asimptomatică
C. Progresarea piosclerozei
D. Acutizarea frecventă a procesului septico-purulent
E. Cancerizarea cavității restante

32. CS. Metoda de elecție în tratamentul abcesului pulmonar cronic este:
A. Tratamentul medical general
B. Bronhoscopia cu lavaj
C. Toracopneumotomia cu drenaj
D. Terapia antibacteriană
E. Rezecția pulmonară

33. CM. Care din complicațiile enumerate apar mai frecvent în perioada precoce la bolnavii operați pentru supurații parenchimatoase pulmonare?
A. Bronhospasmul
B. Plămânul de stres
C. Atelectaziile
D. Sindromul de încărcare bronşică
E. Bronhopneumoniile

34. CS. Cea mai periculoasă complicație pleurală în rezecțiile pulmonare este generată de:
A. Pleureziile purulente
B. Fistula bronşică
C. Supurația plăgii
D. Hemoragiile
E. Atelectaziile

35. CS. Metoda primordială de profilaxie a empiemului pleural în rezecțiile pulmonare efectuate pentru supurațiile parenchimatoase este:
A. Corecția homeostazei
B. Administrarea preparatelor antibacteriene
C. Corecția stării imunologice
D. Reexpansionarea plămânului și drenarea adecvată
E. Inhalațiile aerosolice

36. CM. Care din următoarsele afirmații, referitoare la structura anatomică a plămânilor, nu este corectă?
A. Plămânul stâng este alcătuit din doi lobi
B. Plămânul drept este alcătuit din trei lobi
C. Plămânul stâng este alcătuit din trei lobi
D. Plămânul drept este alcătuit din doi lobi
E. Plămânul drept are lob mediu

37. CS. Segmentele lobilor plămânilor sunt următoarele, exceptând:
A. Lobul superior al plămânului drept are 3 segmente (1, 2, 3)
B. Lobul mediu are un segment (4)
C. Lobul inferior pe dreapta – 5 segmente (6, 7, 8, 9, 10)
D. Lobul superior pe stânga – 5 segmente (1, 2, 3, 4, 5)
E. Lobul inferior pe stânga – 4 segmente (6, 8, 9, 10)

38. CM. Locul de plecare a arterelor bronșice este:
A. Artera pulmonară
B. Arterele intercostale
C. Artera axilară
D. Artera subclavia
E. Aorta

39. CS. Mucoasa bronhiilor este tapetată cu:
A. Epiteliu alveolar
B. Epiteliu ciliat
C. Mezoteliu

D. Endoteliu
E. Epiteliu pavimentos

40. CS. Peretele bronhiilor are următoarele straturi, exceptând:
A. Stratul mucos și membrana proprie
B. Stratul muscular
C. Stratul submucos
D. Stratul adipos-celular
E. Stratul fibros-cartilaginos și adventiția

41. CS. Care din indicii volumului respirator nu este corect?
A. Volumul inspirator de rezervă – 1500–2000 ml
B. Volumul expirator de rezervă – 500 ml
C. Volumul rezidual – 1000–1300 ml
D. Volumul respirator – 400–500 ml
E. Volumul respirator pe minut – 5000–10000 ml

42. CS. Care din indicii capacității pulmonare nu este corect?
A. Capacitatea vitală – 3000–4000 ml
B. Capacitatea totală – 4000–5300 ml
C. Capacitatea inspiratorie – 2400–3200 ml
D. Capacitatea reziduală funcțională – 1500 ml
E. Capacitatea respiratorie maximă – 128000 ml

43. CS. Care din indicii presiunii gazelor sângelui nu este corect?
A. O_2 în sângele arterial – 60 mm/Hg
B. O_2 în sângele venos – 38 mm/Hg
C. O_2 în sângele arterial – 98 mm/Hg
D. CO_2 în sângele arterial – 37,8 mm/Hg
E. CO_2 în sângele venos – 42,5 mm/Hg

44. CS. Metodele de examinare ale funcției respiratorii sunt următoarele, exceptând:
A. Spirometria

B. Scanarea cu radionuclizi
C. Spirografia
D. Spiroergometria
E. Pneumotahografia

45. CS. Factorii cei mai importanți în etiologia bolii bronșiectatice sunt:
A. Boala bronsiectatică preponderent congenitală
B. Factorii ereditari
C. Factorul mecanic
D. Factorul infecțios
E. Factorii mecanic și infecțios

46. CS. Boala bronșiectatică se dezvoltă pe fundalul:
A. Piosclerozei
B. Pneumoniei cronice
C. Parenchimului neschimbat
D. Emfizemului pulmonar
E. Empiemului pleural cronic

47. CS. Forma anatomo-patologică a bronșiectaziilor mai frecvent depistată este următoarea:
A. Dilatațiile moniliforme sau varicoase
B. Dilatațiile cilindrice
C. Dilatațiile sacciforme sau pseudochistoase
D. Dilatațiile ampulare
E. Dilatațiile mixte

48. CS. Care strat al peretelui bronșic este înlocuit cu țesut conjunctiv în bronșiectaziile dezvoltate definitiv și ireversibil (stadiul III)?
A. Stratul mucos
B. Stratul submucos
C. Mușchii netezi

D. Cartilajul
E. Toate straturile

49. CS. Care este simptomul funcțional dominant al bolii bronșiectatice?
A. Sindromul algic
B. Sindromul hemoptoic
C. Sindromul de intoxicație septico-purulentă
D. Sindromul bronșic
E. Febra

50. CS. Boala bronșiectatică afectează preponderent:
A. Lobul superior al plămânului drept
B. Lobul mediu al plămânului drept
C. Lobul superior al plămânului stâng
D. Lobul superior și mediu al plămânului drept
E. Lobii inferiori

51. CS. Sindromul fizic caracteristic pentru boala bronșiectatică este:
A. Sindromul de hiperinflație pulmonară
B. Sindromul de condensare pulmonară
C. Sindromul fizic cavitar
D. Sindromul de revărsat pleural
E. Sindromul bronșic

52. CS. Cea mai frecventă complicație locală a bolii bronșiectatice include:
A. Pneumopatiile acute
B. Bronșitele acute și subacute
C. Hemoptiziile
D. Pleureziile purulente
E. Piosclerozele

53. CS. În perioada tardivă a bolii bronşiectatice complicaţia cea mai gravă de ordin general este următoarea:
A. Abcesele cerebrale
B. Abcesele hepatice
C. Generalizarea procesului septico-purulent
D. Abcesele subfrenice
E. Amiloidoza viscerală

54. CM. Diagnosticul diferenţial al bolii bronşiectatice este cel mai dificil de efectuat cu următoarele maladii:
A. Bronşitele supurate fără dilataţii bronşice
B. Supuraţiile bronhopulmonare cronice cu bronşiectazii secundare
C. Tuberculoza pulmonară
D. Bronhocelele
E. Formele chistice sau pseudochistice ale bolilor congenitale pulmonare

55. CS. Metoda cea mai eficace de diagnosticare a bolii bronşiectatice este:
A. Angiopulmonografia
B. Radiografia de ansamblu
C. Tomografia
D. Bronhografia
E. Bronhoscopia

56. CS. Care din următoarele investigaţii paraclinice dau o informaţie mai bună despre rezervele funcţionale ale plămânilor?
A. Scanarea cu radionuclizi
B. Determinarea presiunii O_2 şi CO_2 în sânge
C. Testele ventilatorii
D. Testele ventilatorii pe plămâni separaţi
E. Angiopulmonografia

57. CS. Care este metoda de elecţie din cele enumerate în pregătirea bolnavilor cu boala bronşiectatică pentru bronhografie?
A. Administrarea parenterală a antibioticelor
B. Administrarea de expectorante
C. Corecţia homeostazei
D. Terapia de dezintoxicare
E. Asanarea instrumentală a arborelui bronşic

58. CS. Cea mai eficace metodă de asanare a arborelui bronşic este:
A. Inhalaţiile aerosolice
B. Drenajul postural
C. Lavajul bronşic prin cateterism
D. Administrarea de expectoranţi
E. Bronhoscopia + lavajul bronşic cu antibiotice, antiseptice şi aspiraţia

59. CS. Tratamentul strict conservator al bolii bronşiectatice este indicat în următoarele cazuri, exceptând:
A. Bolnavii cu boli concomitente decompensate
B. Stadiile iniţiale ale maladiei, mai cu seamă, la copii
C. Cazurile de afectare a unui plămân şi a unui lob sau a mai multor din partea opusă
D. Afectarea limitată a ambilor plămâni
E. Degenerescenţa amiloidă gravă a organelor interne

60. CS. Tratamentul conservator al bolii bronşiectatice include obligatoriu următoarele masuri, exceptând:
A. Corecţia homeostazei
B. Terapia de dezintoxicare
C. Dezinfecţia bronhiilor şi a căilor aeriene superioare
D. Combaterea secreţiei gastrice
E. Tratamentul balneo-climatic

61. CS. Tratamentul chirurgical al bolii bronşiectatice, în funcţie de procesul local, este indicat rar în următoarele cazuri:
A. Bronşiectazii supurate unilaterale
B. Plămân bronşiectatic complet distrus
C. Bronşiectazii localizate bilateral bine delimitate
D. Bronşiectazii difuze din copilărie, mai cu seamă bilaterale, fără complicaţie
E. Bronşiectazii secundare, mai cu seamă, hemoptoice

62. CS. Operaţiile radicale în boala bronşiectatică sunt următoarele, exceptând:
A. Rezecţia segmentară
B. Lobectomia, bilobectomia
C. Rezecţia cuneiformă
D. Decorticarea pleuro-pulmonară
E. Pneumonectomia

63. CS. Complicaţii postoperatorii imediate în boala bronşiectatică sunt următoarele, exceptând:
A. Trezirea postanestetică tardivă a bolnavului
B. Hemoragia gravă
C. Şocul de durere
D. Bronhospasmul
E. Insuficienţa suturilor bronhiei

64. CS. Complicaţiile pleurale postoperatorii precoce în rezecţiile pulmonare pentru boala bronşiectatică sunt următoarele, exceptând:
A. Empiemul pleural
B. Hematoraxul
C. Pneumotoraxul
D. Atelectaziile
E. Chilotoraxul

65. CS. Complicaţiile postoperatorii precoce ale parenchimului şi bronhiilor în rezecţiile pulmonare pentru boala bronşiectatică sunt următoarele, exceptând:
A. Atelectaziile
B. Pneumoniile
C. Încărcările bronhiilor
D. Edemul pulmonar
E. Emfizemul cervico-toracic

66. CS. Care din complicaţiile postoperatorii imediate în rezecţiile pulmonare pentru boala bronşiectatică necesită reintervenţie chirurgicală de urgenţă majoră?
A. Atelectazia
B. Şocul de durere
C. Hemoragia intrapleurală
D. Pneumotoraxul
E. Inundaţia traheo-bronşică

67. CS. Seroasa pleurei este tapetată cu:
A. Epiteliu cilindric ciliat
B. Epiteliu alveolar
C. Endoteliu
D. Mezoteliu
E. Epiteliu pavimentos

68. CS. În pleură este bine dezvoltată:
A. Reţeaua vasculară arterială
B. Reţeaua vasculară venoasă
C. Reţeaua vasculară limfatică
D. Reţeaua vasculară arterială şi venoasă
E. Şunturile arterio-venoase

69. CS. Care este cauza cea mai frecventă a dezvoltării pleureziilor purulente nespecifice ?
A. Afecțiunile inflamator-supurative ale bronhiilor și parenchimului pulmonar
B. Afecțiunile septice din vecinătate
C. Afecțiunile septice la distanță
D. Traumatismul toracelui
E. Operațiile toracice

70. CS. Care floră microbiană este cel mai frecvent decelată în empiemul pleural nespecific?
A. Flora microbiană aerobă
B. Flora microbiană anaerobă neclostridiană
C. Fungii
D. Flora microbiană anaerobă clostridiană
E. Flora microbiană aerobă și flora microbiană anaerobă neclostridiană

71. CS. Simptomele funcționale principale în pleureziile acute nespecifice sunt următoarele, exceptând:
A. Durerea toracică
B. Tusea
C. Dispneea
D. Bradipneea inspiratorie
E. Polipneea

72. CS. În pleureziile de difuziune (perioada inițială) durerea are următorul caracter:
A. Junghi toracic
B. Durere toracică difuză
C. Durere în punct fix
D. Durere intercostală
E. Dureri în spațiul interscapulo-vertebral

73. CS. În pleureziile colectate, durerea poartă următorul caracter:
A. Junghi toracic
B. Durere toracică difuză
C. Durere în punct fix
D. Durere intercostală
E. Dureri în spațiul interscapulo-vertebral

74. CS. Care este sindromul fizic caracteristic pentru pleureziile purulente?
A. Sindromul de hiperinflație pulmonară
B. Sindromul de condensare pulmonară
C. Sindromul fizic cavitar
D. Sindromul de revărsat pleural
E. Sindromul fizic mixt

75. CS. Care din semnele sindromului fizic de revărsat pleural dispar în pleureziile colectate?
A. Vibrația vocală abolită
B. Matitatea
C. Murmurul vezicular abolit
D. Hipersonoritatea apicală
E. Suflul și frecăturile pleurale

76. CS. Ținând cont de localizarea pleureziilor închistate, care afirmație nu este corectă?
A. Pleurezii apicale
B. Pleurezii costo-parietale
C. Pleurezii intersegmentare
D. Pleurezii mediastinale
E. Pleurezii interlobare

77. CS. Care metodă de diagnostic este cea mai eficace în pleureziile purulente acute ?
A. Ultrasonografia

B. Scanarea plămânilor cu radionuclizi
C. Radiografia de ansamblu în diferite poziții (de profil, de față, laterografia)
D. Angiopulmonografia
E. Bronhoscopia

78. CM. În care forme de pleurezie închistată diagnosticul este foarte dificil?
A. În pleureziile apicale
B. În pleureziile mediastinale
C. În pleureziile diafragmatice
D. În pleureziile interlobare
E. În pleureziile parietale

79. CS. Care este metoda indispensabilă de diagnostic în depistarea pleureziilor închistate?
A. Ultrasonografia
B. Examenul radiologic (radioscopia, radiografia, tomografia) cu puncția colecției și examenul citologic al lichidului recoltat
C. Scanarea plămânului
D. Angiopulmonografia
E. Bronhoscopia

80. CS. Examenul citologic al revărsatului pleural caracteristic pentru pleureziile purulente bacteriene este:
A. Predominarea limfocitelor
B. Numărul de leucocite în câmpul de vedere nu mai mic de 50
C. Numărul de leucocite în câmpul de vedere între 50–70
D. Numărul de leucocite în câmpul de vedere 100 și mai mult, dintre care 80% sunt neutrofile
E. Predominanța eritrocitelor schimbate

81. CS. Tratamentul conservator al empiemului acut bacterian include următoarele măsuri, exceptând:

A. Terapia de dezintoxicare
B. Terapia antimicrobiană
C. Evacuarea revărsatului pleural
D. Asanarea sursei septico-purulente primare
E. Ameliorarea reactivității organismului prin imunizarea activă

82. CS. Metoda primordială în tratamentul local al pleureziilor purulente acute este:
A. Administrarea intrapleurală a antibioticelor
B. Evacuarea revărsatului pleural și reexpansionarea plămânului
C. Toracoscopia cu aspirația revărsatului pleural
D. Bronhoscopia cu lavaj și aspirație bronșică
E. Cateterizarea v.subclavia cu administrarea parenterală a antibioticelor

83. CS. Metodele tradiționale de evacuare a revărsatului pleural sunt următoarele, exceptând:
A. Puncția repetată
B. Pleurotomia minimă cu drenaj
C. Pleurotomia largă fără rezecția coastelor cu drenaj
D. Pleurotomia largă cu rezecția coastelor și drenaj
E. Toracoscopia repetată cu aspirația revărsatului pleural

84. CM. Metoda de evacuare a revărsatului pleural depinde primordial de următoarele situații principale:
A. Cauza pleureziei
B. Vârsta bolnavului
C. Reactivitatea organismului
D. Caracterul revărsatului și factorul etiologic al pleureziei
E. Flora microbiană

85. CM. Care cauze din cele enumerate pot favoriza cronicizarea empiemului acut ?
A. Tratamentul întârziat

B. Drenarea insuficientă a cavității pleurale
C. Flora microbiană agresivă și rezistentă la antibiotice
D. Reactivitatea imunologică scăzută
E. Boli concomitente decompensate

86. CS. Care este principiul de bază în tratamentul empiemului cronic?
A. Dezinfectarea cavității restante
B. Terapia cu antibiotice
C. Tratamentul de dezintoxicare
D. Corecția homeostazei
E. Lichidarea cavității restante

87. CS. Procedeele chirurgicale contemporane în tratamentul empiemului cronic sunt următoarele, exceptând:
A. Toracoplastia extrapleurală
B. Toracoplastia intrapleurală
C. Decorticarea pleuro-pulmonară
D. Decorticarea pleuro-pulmonară asociată cu rezecția pulmonara parțială
E. Plombajul extrapleural cu materiale plastice

88. CS. Care metodă de plombaj intrapleural este utilizată în cazuri sporadice ale empiemului cronic pleural fără fistule bronșice?
A. Plombajul cu parafină
B. Plombajul cu grăsimi
C. Plombajul cu bureți din material plastic
D. Plombajul cu mușchi
E. Plombajul cu bile de acrilat

Răspunsuri corecte. **Afecțiunile pleuro-pulmonare supurative**

1 A; 2 E; 3 E; 4 E; 5 CD; 6 BCE; 7 C; 8 DE; 9 B; 10 D; 11 C; 12 BD; 13 E; 14 C; 15 C; 16 B; 17 D; 18 E; 19 E; 20 E; 2 ABCD; 22 C; 23 E; 24 B; 25 E; 26 D; 27 D; 28 ABDE; 29 C; 30 E; 31 B; 32 E; 33 CD; 34 D; 35 D; 36 CD; 37 B; 38 BDE; 39 B; 40 D; 41 B; 42 D; 43 A; 44 B; 45 E; 46 C; 47 B; 48 E; 49 D; 50 E; 51 E; 52 B; 53 E; 54 BE; 55 D; 56 D; 57 E; 58 E; 59 D; 60 D; 61 D; 62 D; 63 E; 64 D; 65 E; 66 C; 67 D; 68 C; 69 A; 70 E; 71 D; 72 A; 73 B; 74 D; 75 E; 76 C; 77 C; 78 BD; 79 B; 80 D; 81 E; 82 B; 83 E; 84 AD; 85 ABCDE; 86 E; 87 E; 88 D.

4.4. MALADIILE PLEURO-PULMONARE NESUPURATIVE

1. CS. Chistul hidatic pulmonar este o afecțiune:
   A. Micotică
   B. Parazitară
   C. Bacilară
   D. Virală
   E. Provocată de protozoare

2. CM. Starea adultă a viermelui cestod Taenia echinococcus granulosus trăieşte şi se dezvoltă în intestin, exceptând intestinul:
   A. Câinelui
   B. Omului
   C. Vulpii
   D. Bovinelor
   E. Lupului

3. CM. Starea larvară (tumorală) a viermelui cestod Taenia echinococcus granulosus se dezvoltă în viscere, exceptând viscerele:
   A. Porcinelor
   B. Vulpii
   C. Rozătoarelor
   D. Omului
   E. Câinelui

4. CS. Care este calea principală de infestare în hidatidoza pulmonară primară?
   A. Calea respiratorie
   B. Calea digestivă
   C. Calea directă prin mucoase
   D. Calea directă prin muşcături
   E. Calea directă prin tegumente

5. CM. Echinococoză pulmonară secundară se produce pe:
   A. Cale enterogenă
   B. Cale bronhogenă
   C. Prin mucoase
   D. Pe cale hematogenă
   E. Pe cale limfogenă

6. CS. În cazurile de infestare a organismului cu larva Taenia echinococcus granulosus plămânii se afectează în următoarele proporții:
   A. 5–10%
   B. 15–20%
   C. 25–30%
   D. 35–50%
   E. 60–80%

7. CS. Care dintre cele enumerate reprezintă elementele structurale proprii ale chistului hidatic pulmonar, exceptând?
   A. Membrana chitinoasă
   B. Adventiția
   C. Membrana proligeră
   D. Scolecşii
   E. Veziculele-fiice

8. CS. Lichidul hidatic conține următoarele substanțe şi formațiuni, exceptând:
   A. Substanțe albuminoide
   B. Glucide şi enzime glicolitice
   C. Embrionul exacant (oncosfera)
   D. Scolecşii
   E. Veziculele-fiice, scolecşii

9. CS. Care din indicii enumerați ai hemogramei sunt caracteristici pentru hidatidoza pulmonară necomplicată?
   A. Leucocitoza

B. Eozinofilia
C. Bazofilia
D. Limfopenia
E. Monocitoza

10. CS. Care este cel mai frecvent simptom în chistul hidatic pulmonar necomplicat?
A. Durerea toracică
B. Urticaria
C. Tusea
D. Febra
E. Hemoptizia

11. CS. Care din complicaţiile chistului hidatic pulmonar se asociază cu şocul anafilactic?
A. Ruperea în bronhie
B. Supuraţia
C. Ruperea în cavitatea pleurală
D. Ruperea în bronhie cu aspiraţie în plămânul sănătos
E. Hemoragia

12. CS. Semnele radiologice clasice în hidatidoza pulmonară necomplicată sunt:
A. Opacitate rotundă-ovalară de intensitate solidă cu calcificări
B. Opacitate rotundă cu contur şters de intensitate subcostală, care la examenul radioscopic prezintă mobilitate cu mişcările respiratorii
C. Opacitate rotundă cu contur şters de intensitate costală imobilă la mişcările respiratorii
D. Imagine rotundă cu nivel lichidian orizontal
E. Opacitate intensă, neregulată şi neomogenă

13. CS. Diagnosticul diferenţial al chistului hidatic pulmonar rupt în bronhie se face cu următoarele patologii, exceptând:
A. Tuberculoza excavată

B. Empiemul închistat cu fistulă bronşică
C. Cancerul cavitar
D. Tuberculomul (granulomul) pulmonar
E. Abcesul pulmonar

14. CS. Care din intervenţiile chirurgicale pentru chistul hidatic pulmonar necomplicat este mai frecvent utilizată?
A. Rezecţia pulmonară
B. Chistotomia cu drenarea cavităţii restante
C. Chistotomia cu desfiinţarea cavităţii restante
D. Chistotomiile cu perichistectomie
E. Echinococectomia videoasistată

15. CM. În care din următoarele situaţii în chistul hidatic este indicată rezecţia pulmonară?
A. Chistul hidatic cu ruperea în bronhie
B. Chistul hidatic suportat cu pioscleroza pulmonară
C. Chistul hidatic cu stenoze bronşice în lipsa condiţiilor de reexpansionare a parenchimului
D. Chistul hidatic rupt în cavitatea pleurală
E. Chistul hidatic necomplicat

16. CM. În care situaţii enumerate ale echinococozei pulmonare tratamentul chimioterapeutic cu derivaţii benzilmidozolici se practică drept metodă unică?
A. Chistul hidatic rupt în cavitatea pleurală
B. Chistul hidatic de dimensiuni mici
C. Hidatidoza pulmonară difuză bilaterală
D. Hidatidoza pulmonară şi hepatică
E. Boli concomitente decompensate

17. CM. Care din afirmaţiile enumerate se referă la chisturile aeriene pulmonare?
A. Apar ca urmare a unor antecedente patologice

B. Au înveliş bronşic
C. Apar la o vârstă mai mare
D. Se depistează în sechestraţiile pulmonare intralobare
E. Se caracterizează prin caracterul schimbător al imaginilor radiologice

18. CS. Care din complicaţiile enumerate ale chisturilor aeriene pulmonare subpleurale este cea mai frecventă?
A. Supuraţia
B. Pneumotoraxul spontan
C. Hemoptizia
D. Cancerizarea
E. Sindromul compresiv

19. CS. Diagnosticul diferenţial al chisturilor aeriene pulmonare se face cu următoarele afecţiuni, exceptând:
A. Tuberculoza excavată
B. Cancerul cavitar
C. Hidatidoza pulmonară necomplicată
D. Abcesul piogen pulmonar
E. Pleurezia purulentă interlobară cu fistulă bronşică

20. CS. Care din investigaţiile enumerate sunt primordiale în stabilirea diagnosticului de chist aerian pulmonar?
A. Investigaţia cu radionuclizi
B. Toracoscopia
C. Investigaţiile radiologice
D. Bronhoscopia
E. Investigaţiile citologice şi morfologice

21. CS. Metoda terapeutică de elecţie în tratamentul chisturilor aerienie supurate este:
A. Bronhoscopia cu lavaj
B. Electrocoagularea bulelor prin toracoscopie
C. Rezecţia pulmonară

D. Excizia peretelui chistului
E. Drenarea transparietală

22. CS. Factorul etiologic al revărsatului pleural nesupurativ este, exceptând:
A. Traumatismul canalului limfatic toracic (chilotoraxul)
B. Traumatismul toracelui cu lezarea pleurei, arterelor intercostale, parenchimului pulmonar (hemotoraxul)
C. Revărsatul pleural pancreatogen
D. Ruperea abcesului pulmonar în cavitatea pleurală
E. Revărsatul pleural malign (metastatic)

23. CS. Care din metodele enumerate este metoda de elecţie de investigaţie pentru stabilirea aspectului revărsatului pleural?
A. Investigaţiile radiologice
B. Toracoscopia
C. Puncţia pleurală cu recoltarea lichidului pentru examenul biochimic şi citologic
D. Investigaţiile cu radionuclizi
E. Ultrasonografia

24. CM. Care din afirmaţiile enumerate sunt adresate pneumotoraxului spontan primitiv (idiopatic)?
A. Este o urgenţa medico-chirurgicală
B. Survine pe leziuni preexistente
C. Apare brusc
D. De regulă, fără o cauză cunoscută anterior
E. Se depistează preponderent la copii

25. CM. Care sunt condiţiile principale pentru survenirea pneumotoraxului spontan?
A. Existenţa unui loc de minimă rezistenţă
B. Vârsta
C. Intervenţia unui element declanşator (efort fizic, tuse)

D. Existența bolilor asociate
E. Sexul

26. CS. Perturbările respiratorii și cardiovasculare în pneumotoraxul spontan sunt produse primordial de:
A. Patologia de bază
B. Sindromul de compresiune endotoracică
C. Durere
D. Boli concomitente
E. Vârstă

27. CS. Tabloul clinic al pneumotoraxului spontan acut este determinat primordial de următoarele, exceptând:
A. Forma patomorfologică
B. Atelectazia pulmonară
C. Caracterul schimbărilor patomorfologice în plămâni
D. Funcția sistemului cardiovascular
E. Funcția sistemului urinar

28. CS. Care din semnele enumerate sunt caracteristice pentru pneumotoraxul cu supapă, exceptând?
A. Durerile violente
B. Dispneea pronunțată
C. Bombarea unui cemitorace
D. Turgeshența venelor gâtului și ale membrelor superioare
E. Hemoptiziile

29. CS. Semnele radiologice caracteristice pentru pneumotoraxul compresiv sunt, exceptând:
A. Hipertransparența unui hemitorace
B. Deplasarea pronunțata a mediastinului
C. Colabarea plămânului
D. Deplasarea semidiafragmului corespunzător spre cavitatea peritoneală

E. Balansarea mediastinului

30. CM. Care metodă de investigație din cele enumerate nu se va efectua imediat după momentul acut al pneumotoraxului spontan?
A. Radiografia de cadru și tomografia
B. Investigațiile cu radionuclizi
C. Bronhografia
D. Toracoscopia
E. Fistulografia

31. CM. Cele mai frecvente complicații ale pneumotoraxului nerezolvat sunt:
A. Hemoragia
B. Empiemul pleural
C. Cancerizarea cavității pleurale
D. Tuberculizarea cavității pleurale
E. Cronicizarea

32. CM. Tratamentul conservator în pneumotoraxul spontan acut este indicat în următoarele situații, exceptând:
A. Pneumotoraxul benign
B. Pneumotoraxul închis
C. Pneumotoraxul de volum mic (15–20%)
D. Piopneumotoraxul
E. Pneumotoraxul deschis cu fistulă bronșică importantă

33. CS. Tratamentul chirurgical minor în pneumotoraxul spontan include următoarele procedee, exceptând:
A. Pleurotomia tip Bulau
B. Pleurotomia "minimă" cu drenaj pleural aspirativ
C. Drenajul pleural valvular
D. Toracoscopia cu coagularea bulelor
E. Rezecția pulmonară

34. CS. Tratamentul chirurgical major (rezecția pulmonară, pleurectomia parțială, decorticarea pulmonară, pleurotoracotomia largă) este utilizat în următoarele situații, exceptând:
A. Pneumotoraxul recidivant
B. Piopneumotoraxul
C. Pneumotoraxul cronicizat
D. Hidropneumotoraxul hidatic
E. Hemopneumotoraxul mic

35. CS. Care este procedeul terapeutic primordial în ajutorul medical de urgență majoră în pneumotoraxul cu supapă?
A. Administrarea oxigenului
B. Administrarea analepticilor respiratori
C. Transferarea pneumotoraxului cu supapă în pneumotorax deschis
D. Administrarea cardiotonicelor
E. Respirație controlată

36. CS. Pneumotoraxul spontan acut se vindecă prin medicații, exsuflații și prin practicarea metodelor chirurgicale minore în următoarele proporții:
A. 85–90%
B. 75–80%
C. 65–70%
D. 55–60%
E. 45–50%

***Răspunsuri corecte.* Maladiile pleuro-pulmonare nesupurative**

1 B; 2 BD; 3 BE; 4 B; 5 BD; 6 C; 7 B; 8 C; 9 B; 10 C; 11 C; 12 B; 13 D; 14 C; 15 BC; 16 BCE; 17 ACE; 18 B; 19 C; 20 C; 21 C; 22 D; 23 C; 24 ACD; 25 AC ; 26 B; 27 E; 28 E; 29 E; 30 CE; 31 BE; 32 DE; 33 E; 34 E; 35 C; 36 A.

4.5. AFECȚIUNILE CARDIOCHIRURGICALE (Cardiopatiile congenitale și dobândite)

1. CS. Afirmațiile de mai jos referitoare la factorii de risc în dezvoltarea patologiei cardiovasculare sunt adevărate, exceptând:
A. Hipertensiunea
B. Nivelul înalt al HDL-colesterolului
C. Vârsta
D. Sexul masculin
E. Diabetul zaharat

2. CS. Cel mai rar afecțiunile aterosclerotice se localizează în:
A. Aorta abdominală
B. Arterele coronariene intramurale
C. Arterele gambei
D. Arterele cerebrale
E. Arterele coronariene externe

3. CM. Echocardiografia poate fi utilă în diagnosticul următoarelor afecțiuni:
A. Regurgitație mitrală
B. Hipertrofia ventriculului stâng
C. Stenoza aortală
D. Localizarea obstrucțiilor arterelor coronariene
E. Mixomul ventriculului stâng

4. CM. Afirmațiile de mai jos privind Eco-Dopplerul sunt corecte, exceptând:
A. Fluxul sanguin, ce se îndepărtează de la transductor, produce un sunet ce micșorează frecvența în unda repetată
B. Metoda dată este utilă în depistarea comunicărilor prin septuri interventriculare sau interatriale
C. Examenul Doppler are proprietăți rezolutive reduse privind fluxul sanguin

D. Tensiunea sistolică în artera pulmonară poate fi determinată prin aprecierea gradientului sistolic în regiunea valvei tricuspide la un pacient cu regurgitație tricuspidiană

5. CS. Dintre afirmațiile de mai jos referitoare la ecocardiografie (EcoCG) sunt corecte, exceptând:
   A. Ecocardiografia poate fi utilizată în diagnosticarea șuntului dreapta-stânga
   B. La examenul Doppler, viteza fluxului poate fi determinată cu exactitate mai mare, dacă unghiul dintre fluxul sanguin și emițător este mai mare de 20°
   C. Suprafața valvei mitrale stenozate poate fi exact determinată prin măsurarea timpului necesar pentru atingerea presiunii de trecere prin valva mitrală, la jumătate din valoarea sa maximă
   D. EcoCG poate depista micșorarea structurilor funcționale ale cordului
   E. EcoCG constituie metoda de elecție în determinarea existenței lichidului în pericard

6. CS. Pentru angiografia radionucleară sunt corecte afirmațiile de mai jos, exceptând:
   A. Procedura efectuată pentru prima dată permite studierea ventriculului stâng și ventriculului drept
   B. Termenul „fracția de ejecție" nu se bazează pe parametrii geometrici
   C. Procedura efectuată pentru prima dată, datorită proprietăților rezolutive înalte, permite studiul morfologic valvular
   D. Angiografia radionucleară poate fi utilă în depistarea bolilor coronariene de efort
   E. Această investigație poate fi utilă pentru prognosticul pacienților care au suportat un infarct

7. CS. Care din următoarele vicii cardiace congenitale sunt supuse riscului apariției endocarditei septice?
   A. Canalul arterial persistent
   B. Tetrada Fallot
   C. Stenoza aortală subvalvulară
   D. Defectul septal interatrial
   E. Defectul septal interventricular

8. CS. Una din cele mai importante investigații clinice pentru diagnosticul diferențial între foramen ovale (ostium secundum) al septului interatrial și ostium primum este:
   A. Dedublarea zgomotului II
   B. Proeminența peretelui sternal din stânga la palpare
   C. Zgomotul mezodiastolic în partea de jos sternală stângă
   D. Blocul incomplet al picioruşului stâng al fasciculului Hiss
   E. Devierea în stânga a axei electrice a cordului

9. CS. Pentru coarctația aortei nu este caracteristic:
   A. Mai frecvent apare la bărbați
   B. Adesea se asociază cu sindromul Turner
   C. Frecvent se asociază cu anevrismul cercului Wellize
   D. Frecvent se asociază cu valva aortală biluminală
   E. Crește riscul ruperii aortei în trimestrul I de graviditate

10. CS. Notați ce nu este specific pentru canalul arterial persistent:
    A. Este mai frecvent la femei
    B. Mai frecvent se depistează la nou-născuții din mame care au suportat rubeola în trimestrul I de sarcină
    C. Mai frecvent se depistează la nou-născuții cu mame care au suportat toxoplasmoza în trimestrul I de sarcină
    D. Mai des la premature
    E. Mai des la nou-născuții în condiții de altitudine mare

11. CS. Angiografia coronariană şi angioscopia arată că stenocardia instabilă se asociază cu modificări acute în ateroscleroză. Care din modificările aterosclerotice de mai jos este cauza cea mai probabilă a stenocardiei:
A. Ruperea endoteliului
B. Hemoragiile în placa ateromatoasă
C. Formarea trombului
D. Influenţa locală a prostaciclinei
E. Influenţa locală a tromboxanului

12. CS. Probabilitatea trecerii stenocardiei stabile în nestabilă poate fi presupusă în baza căror rezultate angiografice?
A. Gradul stenozei – una din cele mai serioase dovezi angiografice
B. Morfologia stenozei angiografic depistată
C. Traiectul stenozei angiografic depistată
D. Localizarea anatomică într-o anumită ramură a arterei coronariene
E. Numărul total de stenoze depistate la explorare

13. CS. Care dintre semnele de insuficienţă ventriculară dreaptă secundară referitoare la hipertensiunea pulmonară nu sunt veridice?
A. Creşterea presiunii în venele jugulare
B. Regurgitaţia tricuspidiană
C. Radiografia cutiei toracice demonstrează lărgirea cordului drept concomitent cu creşterea umbrei venelor pulmonare
D. La ECG – semne de hipertrofie a ventriculului drept
E. Edemele periferice şi ficatul "de stază"

14. CM. Investigaţiile pentru hipertensiunea pulmonară primară trebuie să cuprindă următoarele, exceptând:
A. Analizele serologice pentru excluderea bolilor de colagen
B. Investigaţiile pulmonare
C. Cateterizarea cordului drept şi stâng
D. Biopsia pulmonară prin toracotomie

E. Angiografia pulmonară

15. CM. Referitor la cardiomiopatia restrictivă, notaţi excepţia:
A. Disfuncţia sistolică precedă pe cea diastolică
B. Disfunctia diastolică este primară comparativ cu cea sistolică
C. Este dificil de a diferenţia cardiomiopatia restrictivă de pericardita restrictivă atât clinic, cât şi după indicii hemodinamici. Apare regurgitaţia mitrală şi fibrilaţia atrială
D. Creşterea neînsemnată sau lipsa creşterii presiunii telediastolice (sau telesistolice) atât a ventriculului drept, cât şi a ventriculului stâng

16. CS. Următoarele afirmaţii referitoare la anatomia vaselor coronariene sunt corecte, exceptând:
A. Artera coronariană dreaptă alimentează miocardul VD
B. Artera descendentă posterioară ce alimentează septul interventricular porneşte de la artera circumflexă, care alimentează jumătatea stângă a cordului în 85% din cazuri
C. Artera descendentă anterioară stângă alimentează partea anterioară a ventriculului stâng, o mare parte a septului interventricular şi peretelui lateral cu ramura sa diagonală
D. Artera ventriculară stângă posterioară, ramură a arterei coronariene drepte, alimentează nodul atrio-ventricular în 90% din cazuri
E. Fasciculele anterioare ale picioruşului stâng şi ale celui drept sunt alimentate în cea mai mare parte de ramurile arterei descendente anterioare stângi

17. CS. Anevrismul ventriculului stâng, apărut în urma infarctului cu unda Q, poate fi depistat prin următoarea manifestare:
A. Insuficienţă cardiacă congestivă
B. Aritmii ventriculare repetate
C. Embolii repetate
D. Segment ST persistent în decurs de 6 sau mai multe săptămâni după infarct

E. Toate cele enumerate mai sus

18. CS. Investigațiile clinice recente afirmă că reperfuzia arterială medicamentoasă sau mecanică legată cu zona de infarct trebuie luată în considerare după 6 ore de la debutul anghinei pectorale. Concluzia se efectuează pe baza următorilor parametri:
A. Îmbunătățirea circulației colaterale, asociată cu aria de infarct
B. Scade potențialul tardiv în timpul înscrierii semnalului ECG
C. Se ameliorează restituția ventriculară
D. Scade probabilitatea formării anevrismului ventricular
E. Toate cele enumerate mai sus

19. CM. În tratarea pacienților cu cord pulmonar decompensat este admisă utilizarea următoarelor metode medicamentoase:
A. Perfuzii cu soluții de nitroglicerină
B. Blocatori ai canalelor de calciu
C. Glicozide cardiace
D. Antagoniști ai aldosteronului
E. Emisii de sânge cu administrarea ulterioară a reopoliglucinei

20. CS. Care din semnele roentgenologice enumerate este comun pentru miocardita și pericardita exsudativă?
A. Cardiomegalia
B. Absența hotarelor pe contururile umbrei cordului
C. Absența stazei în plămâni
D. Predominarea lățimii asupra lungimii cordului
E. Micșorarea umbrei pediculului vascular

21. CS. Numiți indicațiile pentru efectuarea punctiei pericardului:
A. Tamponada cordului
B. Suspecția unui proces purulent
C. Încetinirea absorbției exsudatului
D. Puncția diagnostică
E. Toate cele enumerate mai sus

22. CS. În diagnosticul diferențial al bolii ischemice a cordului și cardiomiopatia dilatativă importanță predominantă are:
A. Vârsta și sexul pacientului
B. Nivelul înalt de lipide în plasmă
C. Ecocardiografia
D. Coronarografia

23. CS. Pentru miocardită sunt caracteristice următoarele simptome:
A. Dureri precordiale, palpitații, dispnee
B. Dureri precordiale, palpitații, leșin
C. Dureri precordiale, dispnee, ascită
D. Dureri precordiale, amețeli, dispnee
E. Dureri precordiale, febră, tuse uscată

24. CS. Numiți cauza cea mai frecventă a pericarditei constrictive:
A. Traumatismul
B. Colagenoza
C. Intervențiile chirurgicale pe cord
D. Tuberculoza
E. Uremia

25. CS. Numiți patologia cu care cel mai des se diferențiază pericardita uscată:
A. Hernia diafragmală
B. Pancreatita acută
C. Ulcerul peptic al esofagului
D. Infarctul miocardic
E. Miocardita

26. CS. Care date auscultative sunt caracteristice pentru stenoza aortală idiopatică hipertrofică?
A. Accentuarea zgomotului I la apex și suflul diastolic
B. Atenuarea zgomotului I la apex, suflul sistolic pe marginea stângă a sternului și la apex

C. Atenuarea zgomotului la apex şi suflul sistolic pe aortă
D. Zgomotul I normal şi lipsa suflurilor pe aortă
E. Zgomotul II "metalic" pe aortă şi suflul diastolic

27. CS. Hipertensiunea în coarctaţie de aortă se dezvoltă în urma:
A. Ischemiei interne mai jos de locul stenozei
B. Trombozei venelor membrelor inferioare
C. Insuficienţei circulaţiei cerebrale
D. Asocierii aterosclerozei arterelor magistrale
E. Dereglării microcirculaţiei în arterele coronariene

28. CS. Semnul hemodinamic principal în coarctaţia aortei toracice este:
A. Mărirea tensiunii arteriale la membrele inferioare
B. Hipotensiunea la măsurarea tensiunii arteriale la membrele superioare
C. Bradicardia de nivel înalt
D. Hipertensiunea superioară şi hipotensiunea inferioară de nivelul stenozării
E. Mărirea volumului sângelui circulant

29. CS. Care semne sunt caracteristice pentru pericardita constrictivă?
A. Micşorarea debitului cardiac
B. Prezenţa pulsului paradoxal
C. Dimensiunile normale ale cordului
D. Calcinoza pericardului
E. Toate cele enumerate mai sus

30. CS. Tabloul clinic al ductului arterial persistent se caracterizează prin:
A. Dispnee şi fatigabilitate la efort fizic
B. Îmbujorare
C. TA cu diferenţă mare de puls pe baza TA diastolice joase
D. Suflu sistolico-diastolic în spaţiul II-III intercostal la stânga de stern

E. Suflu diastolic în spaţiul III intercostal la dreapta de stern

31. CS. Care semne ecocardiografice sunt caracteristice pentru stenoza subaortală idiopatică hipertrofică?
A. Hipertrofia simetrică a pereţilor ventriculului stâng
B. Mişcarea anterioară sistolică a valvulei anterioare a valvei mitrale
C. Îngroşarea valvulelor valvei aortale
D. Revărsatul în pericard
E. Îngroşarea peretelui pericardului

32. CM. În cazul căror afecţiuni se depistează mai frecvent fibrilaţia atrială?
A. Cardiomiopatie hipertrofică
B. Stenoză mitrală
C. Tireotoxicoză
D. Miocardită
E. Coarctaţia aortei

33. CS. Care investigaţie este indicată primordial în suspecţia pericarditei exsudative?
A. Puncţia pericardului
B. Măsurarea presiunii venoase centrale
C. Radiografia cutiei toracice
D. Fonocardiograma
E. Ecocardiograma

34. CS. Care din semnele enumerate sunt caracteristice pentru insuficienţa cardiacă condiţionată de pericardita exsudativă?
A. Cardiomegalia
B. Poziţia antalgică forţată – înclinată înainte şi genocubitală
C. Lipsa suflurilor cardiace
D. Ascita, edemele periferice
E. Suflul diastolic rugos

35. CS. Pentru insuficiența aortală sunt caracteristice următoarele forme de sufluri la fonocardiografie:
A. Suflul diastolic cu caracter stabil
B. Suflul diastolic cu caracter ondulatoriu
C. Suflul diastolic cu caracter romboid
D. Suflul sistolic permanent
E. Suflurile diastolic şi sistolic

36. CM. Canalul arterial permeabil (CAP), selectați răspunsul corect:
A. CAP uneşte cârja aortei cu artera pulmonară
B. CAP uneşte aorta ascendentă cu artera pulmonară
C. În perioada inițială a CAP oxigenarea sângelui în circuitul mic este mărită
D. Inițial în hipertensiunea pulmonară miofibrele arteriolare se hipertrofiază
E. În faza a IV-a a hipertensiunii pulmonare torentul sanguin îşi schimbă direcția prin CAP

37. CM. Canalul arterial permeabil (CAP), selectați răspunsul corect:
A. În caz de CAP, după naştere, tensiunea sângelui în artera pulmonară este mai mare decât în aortă
B. Pentru CAP în debut este caracteristic suflul sistolo-diastolic în prezența fluxului sanguin unidirecțional
C. Viciul CAP poate trece din palid în cianotic
D. La bolnavii cu CAP în debut are loc hipervolemia pulmonară
E. În CAP, în lipsa tratamentului chirurgical, cele mai severe schimbări, în primul rând, au loc în micul circuit sanguin

38. CM. Canalul arterial permeabil (CAP), selectați răspunsul corect:
A. Ocluzia CAP poate fi efectuată fără toracotomie
B. Operația pe CAP se efectuează prin toracotomie cu ligaturarea canalului

C. Operația pe CAP poate consta în secționarea şi suturarea capătului aortal şi pulmonar
D. La lichidarea CAP în ligatură mai frecvent poate fi antrenat nervul vag
E. La ligaturarea CAP în ligatură mai frecvent poate fi antrenat nervul recurent

39. CM. Defectul septului ventricular (DSV), selectați răspunsul corect:
A. În DSV suflul sistolic se propagă pe toată cutia toracică
B. Viciul din palid se poate transforma în cianotic
C. Operația paliativă poate fi efectuată numai după vârsta de un an
D. Operația paliativă poate fi efectuată în primele trei luni de viață
E. Operația efectuată în faza cianogenă este ineficientă

40. CM. Defectul septului atrial (DSA), selectați răspunsul corect:
A. În plastia defectului septului se aplică surjet încontinuu
B. În plastia DSA se aplică suturi punctate
C. Electrocardiografia depistează semne de suprasolicitare numai a camerelor drepte ale inimii
D. Ventriculul stâng rămâne subsolicitat
E. Schimbările morfologice în micul circuit sanguin apar treptat

41. CM. Pericardită constrictivă, selectați răspunsul corect:
A. Micul circuit sanguin este antrenat în proces prin comprimarea venelor pulmonare
B. Ficatul relativ devreme se măreşte datorita strangulării venei cave inferioare şi atriului drept
C. Operația constă în pericardectomie totală
D. Operația constă în pericardectomie subtotală
E. După pericardectomie, inima se lasă denudată

42. CM. Insuficiență tricuspidă, selectați răspunsul corect:
A. Pulsează excesiv venele jugulare
B. Pulsează excesiv arterele carotide

C. În ficat, ca urmare a stazei venoase, evoluează ciroza hepatică
D. Apar edeme periferice
E. Viciul poate fi corectat prin plastia valvei, îngustarea inelului fibros, aplicarea protezei valvulare

43. CM. Coarctația aortei, selectați răspunsul corect:
A. Îngustarea aortei are loc după începutul arterei brahiocefalice
B. Îngustarea are loc distal de artera subclavia stângă
C. Sângele trece în partea inferioară a corpului prin artera subclavia dilatată
D. Tensiunea în arterele femurale este micșorată
E. Plastia în coarctația aortei constă în excizia segmentului îngustat cu suturarea termino-terminală sau șuntarea cu proteză vasculară ori aplicarea protezei vasculare

44. CM. Stenoză izolată a arterei pulmonare (SIAP), selectați răspunsul corect:
A. În SIAP îngustarea poate fi valvulară sau subvalvulară
B. În SIAP trunchiul arterei pulmonare este dilatat
C. În SIAP tensiunea în micul circuit sanguin reflector se mărește
D. În SIAP zgomotul doi pe artera pulmonară este diminuat
E. Operația în SIAP constă în comisurotomie deschisă, excizia surplusului muscular, aplicarea peticului din material plastic

45. CM. Tetrada Fallot, selectați răspunsul corect:
A. Se caracterizează prin cianoză excesivă
B. Sunt forme care periodic (mai ales la repaus) devin acianotice
C. Sunt asociate frecvent de lipotimii
D. Minut-volumul circulant în micul circuit sanguin este diminuat
E. Atriul stâng este suprasolicitat

46. CM. Tratamentul chirurgical în tetrada Fallot, selectați răspunsul corect:
A. Operația radicală presupune dilatarea arterei pulmonare,

plastia defectului septal cu deplasarea aortei spre ventriculul stâng
B. Operațiile paliative sunt mai eficiente până la vârsta de trei ani
C. Mai frecvent în operația paliativă se restituie anastomoza a. subclavia – ramura arterei pulmonare pe dreapta
D. În tetrada Fallot numărul eritrocitelor este diminuat
E. La ECG predomină semne de suprasolicitare a ventriculului drept

47. CM. Tamponada cardiacă se caracterizează prin următoarele semne:
A. Presiune venoasă crescută
B. Șoc
C. Minut-volum cardiac scăzut
D. Umplere diastolică a inimii crescută
E. Tensiune arterială scăzută

48. CS. Un semn radiografic important în pericardita cronică constrictivă îl constituie:
A. Inima mică
B. Deplasarea bronhiei drepte
C. Hilii pulmonari mai bogați
D. Calcificarea pericardului
E. Poziția înaltă a cupolei diafragmatice

49. CS. Care grupe de pacienți cu tetralogia Fallot sunt supuse intervenției chirurgicale?
A. Toți bolnavii
B. Bolnavii cu hipertrofia ventriculului drept
C. Bolnavii cu predominanța stenozei arterei pulmonare
D. Bolnavii cianotici
E. Numai bolnavii în vârstă de peste 15 ani

50. CS. Cel mai frecvent defect cardiac congenital este:
A. Comunicarea interventriculară
B. Comunicarea interatrială
C. Persistența canalului arterial
D. Transpoziția vaselor mari
E. Tetrada Fallot

51. CS. Pulsul slab pe artera radială este caracteristic pentru:
A. Stenoza valvulară aortică
B. Coarctația aortică
C. Canalul arterial persistent
D. Stenoza mitrală
E. Tetrada Fallot

52. CM. Anevrismul aortei ascendente poate fi determinat de următoarele cauze:
A. Sindromul Marfan
B. Traumatism
C. Sifilis
D. Ateroscleroză
E. Necroza chistică a mediei Erdheim

53. CS. Anevrismul disecat al aortei toracice este favorizat, în primul rând, de:
A. Ateroscleroză
B. Sifilis
C. Degenerescența tunicii medii
D. Traumatism
E. Coarctația de aortă

54. CM. Stenoza mitrală poate rezulta din următoarele:
A. Scăderea debitului cardiac
B. Fibrilație arterială
C. Embolie sistemică
D. Creșterea rezistenței periferice

E. Edem pulmonar

55. CM. Indicații pentru by-passul coronarian sunt:
A. Angina severă refractară la tratamentul conservator
B. Angina în progresie
C. Infarctul în anamneză și boala vasculară coronariană
D. Infarctul în anamneză și leziunea univasculară
E. Angina în regresie

56. CM. Tratamentul chirurgical în stenoza aortică este indicat în următoarele cazuri:
A. Când gradientul de tensiune prin valvulă depășește 50 mm Hg
B. Când stenoza se asociază cu angina
C. Când exista viciu cardiac asociat
D. La toți bolnavii
E. Când începe hipertrofia ventriculului stâng

Răspunsuri corecte. Afecțiunile cardio-chirurgicale

1 B; 2 B; 3 ABCE; 4 ACDE; 5 B; 6 C; 7 D; 8 E; 9 E; 10 C; 11 D; 12 B; 13 C; 14 ABCE; 15 BCDE; 16 B; 17 E; 18 E; 19 ABCE; 20 A; 21 E; 22 D; 23 A; 24 D; 25 D; 26 B; 27 A; 28 D; 29 E; 30 D; 31 B; 32 BC; 33 C; 34 B; 35 A; 36ACDE; 37 ACDE; 38 ABCE; 39 ABDE; 40 ABDE; 41 ABCE; 42 ACDE; 43 ABDE; 44 ABDE; 45 ABCD; 46 ABCE; 47 ABCE; 48 D; 49 A; 50 A; 51 A; 52 ACDE; 53 C; 54 ABCE; 55 ABC; 56 ABC.

4.6. ARTERIOPATIILE PERIFERICE OBLITERANTE

1. CS. În stenoza aterosclerotică a arterei carotide interne tratamentul ales constă din:
   A. Trombendarterectomie
   B. Rezecție cu anastomoza termino-terminală
   C. By-pass
   D. Ligaturarea arterei carotide interne
   E. Administrarea agenților antitrombocitari

2. CS. Tratamentul fistulelor artero-venoase constă în:
   A. Excizia fistulei cu restabilirea continuității vaselor
   B. Ligaturarea arterei distale de fistulă
   C. Amputația membrului
   D. Ligaturarea venei distale de fistulă
   E. Tratamentul exclusiv medicamentos

3. CM. Schimbările trofice condiționate de ischemia cronică includ următoarele:
   A. Căderea părului
   B. Modificările unghiilor
   C. Atrofia pielii
   D. Atrofia musculaturii
   E. Osteoporoză

4. CS. Emboliile arteriale se fixează mai des la nivelul:
   A. Bifurcației aortice
   B. Arterei iliace comune
   C. Arterei femurale comune
   D. Vaselor cerebrale
   E. Arterei poplitee

5. CS. Ce afirmație referitoare la particularitățile maladiei Burger este incorecta?
   A. Se depistează mai frecvent la bărbați
   B. Se observă între vârsta de 20 şi 40 de ani
   C. Este însoțită de claudicație intermitentă
   D. Este în raport strâns cu fumatul
   E. Prezintă o formă deosebită de ateroscleroză

6. CM. Referitor la ocluzia femuro-popliteală segmentară sunt exacte următoarele afirmații:
   A. Vizează, de obicei, artera femurală superficială în limitele canalului aductor
   B. Sunt obişnuite ulcerațiile şi gangrena
   C. Este caracterizată prin claudicație intermitentă
   D. Evoluția maladiei este rapidă

7. CM. Principiile de tratament al ocluziei femuro-popliteale includ:
   A. Un program de mişcări energice
   B. Simpatectomie în caz de claudicație intermitentă pronunțată
   C. By-pass cu grefă autovenoasă
   D. Endarterectomie

8. CM. Manifestările clinice ale fistulei artero-venoase a extremității includ:
   A. Vene varicoase dilatate
   B. Tahicardie la comprimarea fistulei cu degetul
   C. Murmur permanent
   D. Insuficiență arterială distal de fistulă

9. CS. Claudicația intermitentă, ca urmare a aterosclerozei avansate a arterelor iliace externe, este mai eficient tratată prin:
   A. Simpatectomie lombară
   B. Gimnastică efectuată zilnic
   C. By-pass

D.Vasodilatatoare
E. Rezecția segmentului afectat cu anastomoză

10. CM. Caracteristicile maladiei vasculare aortoiliace includ:
A. Lipsa de manifestări clinice până când obliterarea lumenului nu atinge 90%
B. Formarea frecventă a unui anevrism
C. Afecțiunea vasculară coronariană sau cerebrală se observă în 30–50% din cazuri
D. Deseori are loc ocluzia totală a aortei în decadele 7 și 8

11. CM. Care din fenomenele enumerate mai jos se observă în fistulele artero-venoase?
A. Volumul crescut de sânge
B. Tensiune mărita a pulsului
C. Dezvoltarea circulației colaterale
D. Minut-volumul cardiac redus

12. CM. Fistulele congenitale artero-venoase:
A. Se localizează, de obicei, pe extremități
B. Deseori sunt multiple
C. Conduc la gigantism loco-regional
D. Conduc la insuficiență cardiacă

13. CS. La apariția trombozei acute arteriale a membrelor contribuie:
A. Cardioscleroza aterosclerotică
B. Endocardita septică
C. Viciul mitral reumatic
D. Ateroscleroza obliterantă a vaselor membrelor inferioare
E. Toate cele enumerate mai sus

14. CS. Pentru dezvoltarea trombozelor intravasculare sunt necesare următoarele condiții:
A. Lezarea intimei vasculare

B. Dereglarea fluxului sanguin
C. Schimbarea componenței sanguine
D. Toate cele enumerate

15. CS. Date despre starea arterelor magistrale distal de locul emboliei putem obține la:
A. Capilaroscopie
B. Examenul obiectiv
C. Examinarea radionuclidă
D. Dopplerografie
E. Toate cele menționate mai sus

16. CS. Operația de bază efectuată în embolia arterei femurale este:
A. Dilatarea roengenoendovasculară
B. Trombintimectomia
C. Embolectomia
D. Profundoplastia
E. By-passul

17. CS. Factorul principal, ce determină tactica de tratament în insuficiența arterială acută, este:
A. Vârsta pacientului
B. Gravitatea stării generale
C. Gradul ischemiei membrului
D. Prezența ocluziei aterosclerotice concomitente
E. Localizarea trombului sau embolului

18. CS. Restabilirea circulației sanguine în insuficiență arterială acuta a membrului este absolut contraindicată în:
A. Ischemia de gr. Ia lent progresivă
B. Ischemia de gr. IIb la pacientul cu infarct miocardic
C. Ischemia de gr. IIIb la pacientul cu ictus
D. Ischemia de gr. IIIc
E. Vârsta pacientului >85 de ani

19. CS. Amputația ca operație de elecție în insuficiența arterială acută a membrelor este indicată:
A. În ateroscleroza avansată a vaselor magistrale ale membrelor cu manifestări incipiente ale trombozei acute
B. La pacienți în vârstă avansată
C. În gradul IIIb de ischemie
D. Numai în gradul IIIc de ischemie
E. În caz de internare tardivă a pacientului

20. CS.Terapia conservatoare în embolia acută arterială poate fi metoda de elecție:
A. În stadiul avansat al ischemiei acute
B. La pacienți în vârstă >80 de ani
C. La pacienți cu patologie concomitentă gravă
D. În caz de contraindicații absolute pentru tratament chirurgical
E. În prezența maladiilor trombogene și embologene

21. CS. Efectul trombolitic se obține prin administrarea:
A. Complaminei
B. Streptazei
C. Aspirinei
D. Heparinei
E. Solcoserilului

22. CS. Îmbunătățirea microcirculației prin administrarea de Trental este determinată de:
A. Efectul spasmolitic
B. Efectul antiagregant
C. Activarea procesului de fibrinoliză
D. Proprietăți anticoagulante
E. Acțiune trombolitică

23. CS. Din anticoagulantele cu acțiune indirectă fac parte:
A. Heparina

B. Fibrinolizina
C. Fenilinul
D. Trentalul
E. Acidul nicotinic

24. CS. Anticoagulant cu acțiune directă este:
A. Neodicumarinul
B. Pelentanul
C. Curantilul
D. Fibrinolizina
E. Heparina

25. CS. În lezarea vasului arterial cu hemoragie pronunțată pericolul principal îl constituie:
A. Socul hipovolemic
B. Socul cardiovascular
C. Socul neurogen
D. Sindromul de zdrobire
E. Decerebrarea

26. CS. Embolia arterială acută și flegmazia piciorului au simptome comune, exceptând:
A. Durerile
B. Lipsa pulsului
C. Paliditatea tegumentelor
D. Parestezиile
E. Hipotermia tegumentelor

27. CS. Pentru tromboza acută a arterei magistrale a piciorului nu este caracteristică:
A. Paliditatea
B. Durerile
C. Edemul
D. Parastezia

E. Dispariția pulsului

28. CS. Sindromul ischemic al membrelor inferioare include tot, exceptând:
A. Lipsa pulsului
B. Parestezиile
C. Ulcerele trofice ale gambei
D. Paralizia inferioară
E. Paliditatea tegumentelor și durerile

29. CS. În embolia arterei femurale, ischemie gradul III (contractura piciorului) metoda de electie este:
A. Embolectomia de urgență
B. Terapia trombolitică
C. Terapia cu anticoagulanți
D. Terapia simptomatică
E. Amputația primară a piciorului

30. CS. Embolia arterei brahiale poate fi cauzată de orice maladie, exceptând:
A. Stenoza mitrală
B. Infarctul miocardic acut
C. Anevrismul cordului
D. Anevrismul aortei abdominale
E. Comprimarea arterei subclavia cu o coastă cervicală adăugătoare

31. CS. Viabilitatea piciorului ischemizat de origine embolică se poate aprecia prin:
A. Sfigmografie
B. Reovazografie
C. Scintigrafie cu Te^{99} (tehnețiu-pirofosfat)
D. Pletismografie
E. Termografie

32. CS. Cel mai perfect instrument pentru embolectomie din artera magistrală este:
A. Inelul vascular Wolmar
B. Vacuum-aspiratorul
C. Cateterul Fogarti cu balonaș
D. Cateterul Dormia
E. Pensa fenestrată

33. CS. Cea mai frecventă cauză a emboliei arterelor circuitului mare este:
A. Ateroscleroza cârjei aortei
B. Boala ischemică a cordului
C. Tromboza venelor circuitului mare
D. Anevrismul aortal
E. Anevrismul cardiac

34. CS. În diagnosticul ocluziei arteriale acute cea mai informativa metodă este:
A. Sfigmografia
B. Reovazografia
C. Aorto-arteriografia
D. Pletismografia
E. Termografia

35. CS. Referitor la anevrismul arterei lienale nu este adevărată afirmația:
A. Printre anevrismele arteriale viscerale se depistează cel mai rar
B. Este determinat, de obicei, de degenerarea tunicii musculare
C. Provoacă dureri în hipocondrul stâng cu iradiere în umăr
D. Radiografia de ansamblu poate evidenția un inel calcificat de anevrism
E. Se asociază cu risc înalt de ruptură pe parcursul gravidității

36. CS. Obliterarea cerebro-vasculară afectează cel mai frecvent:
A. Artera meningee medie
B. Bifurcația arterei carotide
C. Artera bazilară
D. Orificiul arterei vertebrale
E. Orificiul arterei carotide comune

37. CS. Anevrismele aterosclerotice periferice se localizează cel mai frecvent la nivelul arterei:
A. Carotide
B. Subclaviculare
C. Femurale
D. Poplitee
E. Ulnare

38. CS. Un bolnav în vârstă de 80 de ani se prezintă cu maladie cardiacă severă şi claudicație intermitentă pronunțată în piciorul drept. Tratamentul de elecție în acest caz este:
A. By-passul aorto-femural
B. By-passul axilo-femural drept
C. By-passul femuro-femural
D. By-passul aorto-iliac drept
E. Simpatectomia dreaptă

39. CS. Peste trei zile după aplicarea by-passului aorto-femural la un bolnav de 65 ani, au apărut melenă şi scaune lichide. Cea mai probabilă cauză a complicației poate fi:
A. Hemoragia dintr-un ulcer de stres
B. Colita ulceroasă
C. Colita ischemică
D. Fistula aorto-duodenală
E. Supurația în zona anastomozei proximale

40. CS. Peste 6 luni după aplicarea by-passului aorto-femural cu grefă de dacron, la un bolnav de 77 de ani a apărut o tumefacție pulsatilă în regiunea inghinală din ambele părți şi febră. Pulsul la nivelul extremităților este normal. Cauza probabilă:
A. Infectarea grefei
B. Anevrismul venos consecutiv traumatismului intraoperatoriu
C. Anevrismul fals determinat de desfacerea suturilor
D. Bombarea grefei cu un lumen neobişnuit de larg
E. Limfadenita

41. CS. Peste 18 ore după ocluzia traumatică a arterei femurale, pacientul a fost operat şi artera refăcută. După operație în salon s-a constatat că gamba din partea traumatizată este dură şi extrem de dureroasă. Cauza cea mai probabilă este:
A. Lezarea neobservată a venelor
B. Reacția la revascularizare
C. Fractura nesuspectată a tibiei
D. Ischemia preoperatorie de lungă durată a țesuturilor
E. Spasmul muscular consecutiv traumatismului nervilor

42. CS. Cea mai frecventă cauză a trombozei acute a arterelor piciorului este:
A. Trombangeita obliterantă
B. Ateroscleroza obliterantă
C. Puncția şi cateterizarea arterei
D. Compresiunea extravazală a arterei
E. Policitemia

43. CM. Apreciați maladia (coloana I) în corespundere cu localizarea leziunii (coloana II):

Coloana I	*Coloana II*
A. Sindromul Leriş	A. Artera mandibulară superioară
B. Anghina abdominală	B. Cârja aortei şi ramurile ei
D. Sindromul Takayasu	C. Arterele bazinului cerebral
	D. Vasele mezenterice
	E. Bifurcația aortei

44. CS. Sindromul Leriş reprezintă:
A. Arterita nespecifică brahiocefală
B. Ocluzia aterosclerotică a bifurcatiei aortei
C. Capilaropatia periferică a extremităţilor
D. Trombangeita migrantă
E. Ocluzia venei cave inferioare

45. CS. Pentru sindromul Leriş este caracteristic tot, exceptând:
A. Hipotermia membrelor inferioare
B. Paliditatea pielii
C. Tromboflebita migrantă a membrelor
D. Dureri în regiunea fesieră la şezut
E. Impotenţa

46. CS. Sindromul Takayasu nu se caracterizează prin:
A. Dispariţia pulsului la membrele inferioare
B. Dispariţia pulsului la membrele superioare
C. Grafospasm
D. Cefalee, vertijuri
E. Scăderea vederii până la cecitate

47. CS. Pentru tratamentul chirurgical în sindromul Leriş cea mai reuşită metodă va fi:
A. Simpatectomia lombară
B. Simpatectomia periarterială
C. Şuntul aorto-femural bifurcaţional
D. Şuntul aorto-femural unilateral
E. Trombectomia cu cateterul Fogarti

48. CS. Alegeţi afirmaţia corectă referitoare la manifestarea clinică anevrismului aortic abdominal (AAA):
A. În 70–75% din cazuri toate AAA sunt simptomatice la diagnosticare

B. Examinarea fizicală de rutină şi metodele imagistice permit a stabili diagnosticul
C. Anevrismului aortic abdominal deseori se diagnostichează întâmplător în timpul operaţiilor abdominale pentru alte boli
D. Pacienţii deseori pun diagnosticul de sine stătător
E. Hipotensiunea şi şocul sunt caracteristice pentru anevrismul aortic abdominal neerupt

49. CM. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la manifestarea clinică a anevrismului aortic abdominal erupt:
A. Dureri abdominale, şoc şi tumoră pulsativă abdominală
B. Durerile sunt avansate, dar caracteristice şi pentru anevrismul aortic abdominal neerupt
C. Durerile abdominale nu depind de poziţia bolnavului şi sunt relativ constante
D. Hipotensiunea şi şocul nu sunt caracteristice pentru anevrismul aortic abdominal neerupt
E. Icter

50. CM. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la anevrismul aortic abdominal:
A. Creşterea incidenţei anevrismului aortic abdominal reflectă creşterea vârstei medii a populaţiei, îmbunătăţirea metodelor diagnostice
B. Incidenţa anevrismului aortic abdominal sporeşte cu alte leziuni aterosclerotice
C. La pacienţii cu anevrism femural sau popliteal incidenţa anevrismului aortic abdominal creşte până la 50%
D. Majoritatea anevrismelor aortice abdominale sunt simptomatice înainte de erupţie
E. Anevrismul aortic abdominal este asociat cu boala varicoasă a membrelor inferioare

***Răspunsuri corecte.* Arteriopatiile periferice obliterante**

1 A; 2 A; 3 ABCD; 4 C; 5 E; 6 AC; 7 AC; 8 AC; 9 C; 10 ABC; 11 ABC; 12 ABC; 13 D; 14 D; 15 D; 16 C; 17 C; 18 D; 19 D; 20 D; 21 B; 22 B; 23 C; 24 E; 25 A; 26 C; 27 C; 28 C; 29 E; 30 D; 31 C; 32 C; 33 B; 34 C; 35 A; 36 B; 37 D; 38 C; 39 C; 40 A; 41 D; 42 B; 43 CBD; 44 B; 45 C; 46 B; 47 C; 48 B; 49 ABCD; 50 ABC.

4.7. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE DIAFRAGMULUI

1. CM. Care sunt părțile musculare ale diafragmului?
   A. Lombară
   B. Costală
   C. Lombo-costală
   D. Sternală
   E. Sterno-costală

2. CM. Enumerați părțile slabe ale diafragmului:
   A. Fisura Larrey
   B. Fisura Morgani
   C. Fisura Bohdalec
   D. Triunghiul lui Paimerov
   E. Hiatus aorticus

3. CS. Calea de abord de elecție în intervențiile chirurgicale, în caz de hernii diafragmale, este:
   A. Toracotomia antero-laterală dreaptă în spațiul V intercostal
   B. Laparotomia
   C. Toracotomia antero-laterală stângă în spațiul VII intercostal
   D. Sternotomia

4. CS. Cea mai frecventă localizare, în caz de ruptură a diafragmului, este:
   A. Pe partea dreaptă
   B. Pe partea stângă
   C. Bilaterală

5. CM.Tabloul clinic al unei rupturi totale de diafragm include:
   A. Semnele insuficienței respiratorii
   B. Semnele insuficienței cardiace
   C. Semnele migrării organelor cavității abdominale în cavitatea toracică

***Răspunsuri corecte.* Arteriopatiile periferice obliterante**

1 A; 2 A; 3 ABCD; 4 C; 5 E; 6 AC; 7 AC; 8 AC; 9 C; 10 ABC; 11 ABC; 12 ABC; 13 D; 14 D; 15 D; 16 C; 17 C; 18 D; 19 D; 20 D; 21 B; 22 B; 23 C; 24 E; 25 A; 26 C; 27 C; 28 C; 29 E; 30 D; 31 C; 32 C; 33 B; 34 C; 35 A; 36 B; 37 D; 38 C; 39 C; 40 A; 41 D; 42 B; 43 CBD; 44 B; 45 C; 46 B; 47 C; 48 B; 49 ABCD; 50 ABC.

4.7. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE DIAFRAGMULUI

1. CM. Care sunt părțile musculare ale diafragmului?
   A. Lombară
   B. Costală
   C. Lombo-costală
   D. Sternală
   E. Sterno-costală

2. CM. Enumerați părțile slabe ale diafragmului:
   A. Fisura Larrey
   B. Fisura Morgani
   C. Fisura Bohdalec
   D. Triunghiul lui Paimerov
   E. Hiatus aorticus

3. CS. Calea de abord de elecție în intervențiile chirurgicale, în caz de hernii diafragmale, este:
   A. Toracotomia antero-laterală dreaptă în spațiul V intercostal
   B. Laparotomia
   C. Toracotomia antero-laterală stângă în spațiul VII intercostal
   D. Sternotomia

4. CS. Cea mai frecventă localizare, în caz de ruptură a diafragmului, este:
   A. Pe partea dreaptă
   B. Pe partea stângă
   C. Bilaterală

5. CM.Tabloul clinic al unei rupturi totale de diafragm include:
   A. Semnele insuficienței respiratorii
   B. Semnele insuficienței cardiace
   C. Semnele migrării organelor cavității abdominale în cavitatea toracică

D. Semnele insuficienței renale
E. Semnele de hemoragie

6. CS. Care este distanța dintre suturile aplicate pe diafragm, în caz de plastie, pentru profilaxia herniei recidivante?
A. 0,5 cm
B. 1 cm
C. 1,5 cm
D. 1,8 cm
E. 2 cm

7. CM. Ruptura posttraumatică de diafragm cel mai des se asociază cu traumatismul următoarelor organe:
A. Splina
B. Ficatul
C. Esofagul
D. Stomacul
E. Colonul transvers

8. CS. Tabloul clinic al herniei hiatale prin alunecare include:
A. Disfagie
B. Vome frecvente
C. Perozis
D. Micşorarea ponderii corporale
E. Nici un răspuns nu este corect

9. CS. Hernia paraesofagiană prezintă pericol din cauza:
A. Strangulării stomacului
B. Malignizării
C. Durerilor precardiale
D. Nici un răspuns nu este corect
E. Toate răspunsurile sunt corecte

10. CS. Pacientul a fost internat în clinică cu dureri în regiunea hemitoracelui stâng, dispnee, care se intensifică postprandial şi la efort fizic, de asemenea, în poziția orizontală a corpului, are greţuri, vome repetate care-i uşurează starea. La radiografia cutiei toracice s-a depistat o formaţiune de volum cu nivel hidroaeric. Stabiliți diagnosticul:
A. Pneumonie abscedantă pe stânga
B. Angină pectorală
C. Hernie hiatală prin alunecare
D. Hemotorace pe stânga
E. Hernie posttraumatică a diafragmului

11. CS. Care sunt condițiile necesare pentru diagnosticul radiologic al herniilor hiatale prin alunecare?
A. În poziție verticală
B. În poziție semişezândă
C. În poziție Trendelenburg
D. Hipotonie artificială a duodenului
E. În poziție orizontală

12. CS. Enumerați cele mai frecvente semne clinice ale herniei hiatale prin alunecare:
A. Pirozis; Dureri retrosternale; Melenă
B. Dureri retrosternale; Melenă; Ocluzie intestinală; Vome
C. Ocluzie intestinală; Vome; Pirozis
D. Pirozis
E. Pirozis; Vome; Melenă

13. CS. Care vor fi recomandările pentru un pacient cu esofagită de reflux pe fundal de hernie hiatală?
A. Poziția ridicată a regiunii cefalice a corpului în timpul somnului; Administrarea antacidelor; Administrarea Cerucalului
B. Alimentare fracționată în porții mici; Poziție ridicată a regiunii cefalice a corpului în timpul somnului; A nu se culca postprandial

C. Administrarea antacidelor; Administrarea Cerucalului; A nu se culca postprandial
D. Alimentare fracționată în porții mici; Administrarea antacidelor; A nu se culca postprandial
E. Alimentare fracționată în porții mici; Poziție ridicată a regiunii cefalice a corpului în timpul somnului; Administrarea antacidelor; Administrarea Cerucalului; A nu se culca postprandial

14. CS. O pacientă în vârstă de 54 de ani acuză dureri retrosternale și în regiunea epigastrală postprandial, disfagie, eructații. La radiografia cutiei toracice, în mediastinul posterior s-a depistat o formațiune rotundă cu nivel hidric. După administrarea contrastului s-a vizualizat porțiunea cardială a stomacului supradiafragmal. Ce patologie suspectați?
A. Cancer al regiunii cardiale a stomacului
B. Diafragm relaxat
C. Hernie hiatală
D. Hernie retrosternală Lorrey
E. Hernie paraesofagiană

15. CS. Un pacient în vârstă de 40 de ani acuză dureri retrosternale cu iradiere în regiunea scapulară, eructații, pirozis. Semnele susnumite se intensifică la flexia anterioară a corpului. La bolnav este suspectată hernia hiatală. Care din investigațiile enumerate permit de a concretiza diagnosticul?
A. FEGDS; CPGRE; pH-metria stomacului
B. FEGDS; R-grafia stomacului în poziție Trendelenburg; Ionomanometria esofagiană; pH-metria stomacului
C. R-grafia stomacului în poziție Trendelenburg; CPGRE; Ionomanometria esofagiană; pH-metria stomacului
D. FEGDS; R-grafia stomacului în poziție Trendelenburg; CPGRE; pH-metria stomacului
E. R-grafia stomacului în poziție Trendelenburg; CPGRE; Ionomanometria esofagiană; pH-metria stomacului

16. CS. La o pacientă în vârstă de 50 de ani a apărut brusc disfagie acută, însoțită de dureri acute retrosternale. Indicați cauza posibilă:
A. Neuralgie intercostală
B. Angină pectorală
C. Hernie paraesofagiană strangulată
D. Esofagită de reflux
E. Hernia Lorrey

17. CS. Pacientul acuză pirozis, dureri retrosternale, dureri în regiunea hipocondrului stâng cu iradiere în regiunea cordului și scapulară stângă. Mai frecvent apar la flexia anterioară a corpului, postprandial. La examenul radiologic s-a depistat esofagul scurt, nedilatat. Substanța de contrast din esofag pătrunde într-o formațiune semisferică cu pereți subțiri, localizată supradiafragmal, apoi pătrunde în stomac, vizualizînd pliurile pronunțate. Ce concluzie puteți deduce?
A. Acalazie a esofagului
B. Hernie diafragmală Bohdalec
C. Cancer esofagian cu trecere în stomac
D. Hernie hiatală prin alunecare
E. Hernie paraesofagiană

18. CS. O pacienta în vârstă de 43 de ani acuză dureri de constrângere retrosternală, care se intensifică postprandial și în poziție orizontală. În poziție verticală durerile diminuează. În hemogramă e atestată o anemie hipocromă moderată. Ce maladie suspectați?
A. Gastrită cronică
B. Ulcer duodenal
C. Hernie hiatală cu esofagită de reflux
D. Cancer gastric
E. Diverticul esofagian epifrenal

19. CS. Care sunt indicațiile pentru tratamentul chirurgical al herniei hiatale?

A. Tratament conservator neeficace; Hemoragii esofagiene frecvente; Hernii hiatale prin alunecare necomplicate
B. Formarea stricturilor de origine inflamatoare ale esofagului; Hemoragii esofagiene frecvente
C. Tratament conservator ineficient; Formarea stricturilor de origine inflamatoare ale esofagului; Hemoragii esofagiene frecvente
D. Hernii hiatale prin alunecare necomplicate; Esofag scurt congenital
E. Tratament conservator ineficient; Formarea stricturilor de origine inflamatoare ale esofagului; Hemoragii esofagiene frecvente; Esofag scurt congenital

20. CS. Pacientul în vârstă de 55 de ani acuza pirozis, eructații, dureri retrosternale. Pirozisul se intensifică postprandial și în poziție orizontală. Care investigații instrumentale sunt necesare pentru confirmarea diagnosticului și diagnosticului diferențial cu ulcerul gastric?
A. USG a organelor cavității abdominale
B. TC a peretelui abdominal
C. R-scopia simplă a stomacului
D. R-scopia stomacului în poziție Trendelenburg și FEGDS
E. Laparoscopia

21. CS. Esofagita eroziv-ulceroasă poate fi o complicație a:
A. Cancerului gastric
B. Ulcerului duodenal
C. Cardiospasmului
D. Herniei hiatale prin alunecare
E. Gastritei cronice

***Răspunsuri corecte.* Afecțiunile chirurgicale ale diafragmului**

1 ABD; 2 ABCE; 3 B; 4 B; 5 ABCE; 6 B; 7 ABCD; 8 C; 9 A; 10 C; 11 C; 12 A; 13 E; 14 C; 15 B; 16 C; 17 D; 18 C; 19 E; 20 D; 21D.

4.8. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE ESOFAGULUI

1. CS. Sindromul esofagian cuprinde următoarele semne, exceptând:
A. Regurgitațiile
B. Sialoreea
C. Sughițul
D. Disfagia
E. Pirozisul

2. CS. Disfagia paradoxală se caracterizează prin:
A. Tumori esofagiene benigne
B. Cancer esofagian
C. Diverticuli esofagieni
D. Stenoze esofagiene peptice
E. Acalazia cardiei

3. CS. Care din următoarele explorări poate evidenția cel mai exact refluxul gastroesofagian?
A. Endoscopia
B. Esofagomanometria
C. Tranzitul baritat esogastric
D. Scintigrafia esofagiană
E. pH-metria esofagiană

4. CS. Ruptura spontană a esofagului se traduce prin următoarele semne, exceptând:
A. Durerea vie retrosternală la deglutiție
B. Vocea nazonată
C. Emfizemul subcutan cervical
D. Disfagia paradoxală
E. Hidropneumotoraxul

5. CS. Care este cea mai frecventă complicație a diverticulului Zenker?
A. Hemoragia
B. Perforația
C. Malignizarea
D. Complicațiile pulmonare
E. Flegmonul peridiverticular

6. CS. Care afirmație referitoare la diverticulul Zenker este falsă?
A. Este un diverticul de pulsiune
B. Se localizează în $^1/_3$ inferioară a esofagului
C. Se poate rupe în timpul manevrelor endoscopice
D. Peretele diverticulului este constituit din mucoasă
E. Se operează numai dacă este simptomatic

7. CS. Care este complicația cea mai frecventă a ulcerului esofagian?
A. Hemoragia
B. Perforația
C. Stenoza
D. Malignizarea
E. Complicațiile pulmonare

8. CS. Mediastinita acută supurată este determinată cel mai frecvent de ruptura:
A. Traheii
B. Anevrismului aortic
C. Esofagului
D. Abcesului subfrenic
E. Abcesului perinefretic

9. CS. Care afirmație referitoare la diverticulul epifrenic nu este exactă?
A. Este însoțit de reflux gastro-esofagian
B. Este un diverticul de tracțiune
C. Se poate confunda cu hernia hiatală

D. Poate fi mai mare decât diverticulul bifurcațional
E. Poate fi însoțit de alte boli esofagiene

10. CS. O disfagie capricioasă, intermitentă, accentuată de emoții, evocă cel mai frecvent:
A. Esofagită peptică
B. Reflux gastro-esofagian
C. Megaesofag
D. Cancer esofagian
E. Sclerodermie

11. CS. Stenozele esofagiene postcaustice se caracterizează prin următoarele, exceptând:
A. Sunt multiple şi etajate
B. Sunt excentrice
C. Se situează la nivelul strâmtorilor anatomice esofagiene
D. Vizează numai mucoasa
E. Se pot însoți de stenoză pilorică

12. CS. Sindromul Mallory-Weiss se datorează:
A. Ulcerului esofagian hemoragic
B. Varicelor esofagiene rupte
C. Diverticulului epifrenic cu hemoragie
D. Fisurii mucoasei joncțiunii eso-gastrice
E. Herniei hiatale

13. CS. Care este cea mai frecventă tumoră benignă esofagiană?
A. Adenomul
B. Hemangiomul
C. Fibromul
D. Lipomul
E. Leiomiomul

14. CS. Scopul esențial al operației în hernia hiatală cu esofagită este:
A. Lichidarea sacului herniar
B. Închiderea orificiului hiatal
C. Suprimarea refluxului gastro-esofagian
D. Alungirea esofagului
E. Reducerea secreției gastrice

15. CS. Leziunile traumatice esofagiene diagnosticate tardiv se tratează prin:
A. Excluderea bilaterală a esofagului, drenaj mediastinal, antibiotice, plastie secundară
B. Antibiotice
C. Sutură, chirurgicală
D. Gastrostomie
E. Esofagoplastie imediată

16. CS. Tratamentul de elecție în acalazia cardiei constă în:
A. By-pass eso-gastric
B. Vagotomie tronculară cu drenaj
C. Esofagectomie cu plastie imediată
D. Cardiomiotomie extramucoasă, asociată cu o intervenție antireflux
E. Operația Nissen

17. CS. Următoarele circumstanțe pot antrena un reflux gastro-esofagian, exceptând:
A. Diverticulul Zenker
B. Hernia hiatală prin alunecare
C. Gastrectomia polară superioară
D. Brahiesofagul
E. Scăderea presiunii sfincterului esofagian inferior

18. CS. Care afirmație referitoare la esofagita toxică corozivă este falsă?
A. Nu se însoțește de leziuni gastrice
B. Este secundară ingestiei de alcaline
C. Poate evolua spre o stenoză esofagiană
D. Este secundară ingestiei de substanțe acide
E. Se însoțește de distrucția epiteliului

19. CS. Ce afirmație referitoare la acalazia cardiei este exactă?
A. Presiunea sfincterului esofagian inferior este ridicată
B. Se complică frecvent cu diverticuloză
C. Vărsăturile sunt incoercibile
D. Endoscopia este unica metodă care precizează diagnosticul
E. Se asociază cu tumori extradigestive

20. CS. În acalazia cardiei persistă următoarele semne clinice, exceptând:
A. Disfagia frecvent paradoxală
B. Rolul declanșator al emoțiilor
C. Vărsăturile frecvente
D. Evoluția capricioasă
E. Malignizarea posibilă

21. CS. Intervenția chirurgicală de elecție în cardiospasm este:
A. Esofagogastrostomia
B. Vagotomia tronculară cu drenaj
C. Rezecția de esofag
D. Esocardiomiotomia combinată cu un procedeu antireflux
E. Operația Nissen

22. CS. Metoda curativă de elecție în perforația segmentului cervical esofagian este:
A. Sonda gastrică cu antibioterapie
B. Regimul de pat cu antibioterapie

C. Suturarea defectului, drenarea mediastinului, antibioterapia
D. Rezecția esofagului cu plastie, folosind colonul
E. Plombajul endoscopic al defectului

23. CS. Tratamentul de elecție în acalazia cardiei gr. I–II include:
A. Spasmolitice
B. Dilatarea instrumentală a sfincterului esofagian inferior
C. Esofagomiotomia
D. Sedarea bolnavului
E. Dieta în asociere cu neurotropice

24. CS. Criteriile radiologice în cardiospasm includ următoarele, exceptând:
A. Îngustarea conică în segmentul cardial
B. Dilatarea suprastenotică
C. Relieful pliurilor păstrat
D. Se asociază cu refluxul duodeno-gastral
E. Deschiderea cardiei în cardiospasm gr. I–II

25. CS. Factorul declanşator în cardiospasm este prezentat de:
A. Combustii
B. Refluxul gastro-esofagian
C. Dereglările sistemului nervos central şi vegetativ
D. Anomaliile de dezvoltare
E. Pirozis

26. CS. Lungimea medie a esofagului este de:
A. 18 cm
B. 21 cm
C. 25 cm
D. 28 cm
E. 32 cm

27. CS. Calibrul esofagului este îngustat de:
A. 3 strâmtori
B. 4 sfincter
C. Arcul aortei
D. Trunchiul limfatic toracic
E. Vena hemiazygos

28. CS. Funcția principală a esofagului este:
A. Eliberarea cavității bucale de secrețiile glandelor salivare
B. Lubrifierea alimentelor cu secretul mucoasei esofagiene
C. Conducerea bolului alimentar în stomac
D. Asigurarea eliberării aerului înghițit din stomac
E. Asigurarea producerii vomelor

29. CS. Ulcerul Barret este definit de:
A. Scăderea pH-ului esofagian
B. Leziuni termice şi corozive
C. Metaplazie prin celule cilindrice de mucoasă gastrică
D. Perforație de corp străin
E. Reflux gastro-esofagian

30. CM. „Gura esofagului" este situată:
A. La nivelul vertebrei III cervicale
B. La distanța de 14–17 cm de la marginea anterioară a incisivilor superiori
C. La nivelul bifurcației traheii
D. La distanța de 10–12 cm de la marginea anterioară a incisivilor inferiori
E. La nivelul vertebrei VI cervicale

31. CM. Pentru sindromul Boerhaave sunt caracteristice:
A. Ruptura postemică la nivelul esofagului distal
B. Mediastinita acută
C. Defectul liniar de mucoasă în regiunea cardială cu hemoragie

D. Defansul muscular abdominal
E. Prezența gazului sub diafragm la radiografia de panoramă a abdomenului

32. CM. Semnele radiologice ale acalaziei cardiei sunt:
A. Îngustarea esofagului la nivelul sfincterului inferior esofagian
B. Îngustări segmentare localizate pe traiectul esofagului
C. Semnul „cozii de șoricel"
D. Dilatarea suprastenotică în formă de „pâlnie" a esofagului
E. Lipsa sincronizării deschiderii sfincterului inferior esofagian cu deglutiția

33. CM. Tratamentul dilatator în acalazie este indicat în:
A. Stadiul I al acalaziei
B. Stadiul II al acalaziei
C. Stadiul III al acalaziei
D. Stadiul IV al acalaziei
E. Toate cazurile

34. CM. Tratamentul chirurgical al acalaziei are următoarele obiective:
A. Cardiomiotomia extramucoasă
B. Crurorafia posterioară
C. Vagotomia tronculară
D. Fundoplicația
E. Rezecția de esofag

35. CM. Numiți mecanismele ce împiedică refluarea conținutului gastric în esofag:
A. Contracțiile tonice ale sfincterului inferior esofagian
B. Gradientul dintre presiunea toracică și cea abdominală
C. Reflexul deschiderii cardiei la deglutiție
D. Unghiul Hiss
E. Valva Gubarev

36. CM. Ulcerul peptic esofagian poate fi asociat cu:
A. Refluxul gastro-esofagian
B. Herniile hiatului esofagian al diafragmului
C. Brahiesofagul
D. Acalazia esofagului
E. Invazia de Helicobacter pilori

37. CM. Diverticulii esofagieni se identifică mai des:
A. La bărbați
B. La femei
C. Până la 30 de ani
D. După 50 de ani
E. Pe segmentul toracic al esofagului

38. CM. După localizare se disting diverticuli esofagieni:
A. Faringoesofagieni
B. Supraaortici
C. Bifurcaționali
D. Epifrenici
E. Cardiali

39. CM. Numiți particularitățile distinctive ale diverticulului Zenker:
A. Este localizat pe peretele anterior la trecerea faringelui în esofag
B. Este un diverticul tracțional
C. Presiunea mărită și discordanța contracțiilor musculare sunt cauzele formării diverticulului
D. Necesită diverticulectomie
E. Poate fi rezolvat prin invaginare

40. CM. Pentru diverticulii bifurcaționali sunt caracteristice:
A. Ruperea în trahee
B. Durerile retrosternale
C. Defansul muscular abdominal
D. Prezența semnului „șnuruirii ghetelor"

E. Mai des au clinică mută

41. CM. Diagnosticul diverticulilor se va stabili prin:
A. Tomografie computerizată
B. Radioscopia esofagului cu masă baritată
C. Fibroesofagoscopie
D. pH-metrie esofagiană
E. Manometrie esofagiană

42. CM. Tratamentului conservator vor fi supuşi diverticulii:
A. Tracţionali
B. Epifrenici
C. Mici
D. Fără complicaţii
E. Asociaţi cu refluxul gastro-esofagian

43. CM. Complicaţii ale diverticulilor esofagieni sunt considerate:
A. Perforaţia, penetraţia, hemoragia
B. Stenoza de esofag
C. Acalazia cardiei
D. Fistulele
E. Cancerul

44. CM. Indicaţii pentru tratamentul chirurgical al diverticulilor esofagieni servesc:
A. Complicaţiile diverticulilor
B. Diverticulii mici fără complicaţii
C. Pseudodiverticulii
D. Retenţia de mase ingerate în diverticul
E. Diverticulii mari cu retenţie minimă de mase ingerate

45. CM. Dereglările primare de motilitate esofagiană sunt definite în următoarele patologii:
A. Acalazie

B. Sclerodermie
C. Esofagospasm difuz
D. Boala Rendu-Osller
E. Reflux gastro-esofagian

46. CM. Dereglările secundare de motilitate esofagiană sunt apreciate în următoarele patologii:
A. Acalazie
B. Sclerodermie
C. Boala Chagas
D. Diabet zaharat
E. Pseudoobstrucţii digestive pe fundalul neuro-miopatiilor generalizate

47. CM. Care fenomene produse de perforaţia esofagului formează triada Mackler?
A. Vomismentele
B. Hemoragia
C. Durerea toracică joasă
D. Emfizemul subcutanat cervical
E. Disfagia

48. CM. Care fenomene produse de perforaţia esofagului formează triada Barret?
A. Dispneea
B. Vomismentele
C. Diareea
D. Emfizemul subcutanat
E. Defansul muscular epigastral

49. CM. Care fenomene produse de perforaţia esofagului formează triada Anderson?
A. Vomismentele
B. Emfizemul subcutan

C. Polipneea
D. Contractura abdominală
E. Hemoragia

50. CM. Nu se vor aplica protocoalele conservatoare de tratament al perforațiilor esofagiene:
A. În perforații de până la 24 de ore
B. În perforații de până la 72 de ore
C. În perforații complicate cu mediastinite ce determină starea foarte gravă a pacientului
D. În perforații de până la 12 ore cu emfizem subcutanat pronunțat, cu dereglări respiratoare
E. În perforații complicate cu pneumotorax

51. CM. Perforația de esofag va fi apreciată paraclinic prin:
A. Aer liber în spațiul retroesofagian
B. Aer liber sub diafragm
C. Simptomul Naclerio pozitiv
D. Extravazarea substanței de contrast în spațiul periesofagian
E. Hidropneumotorax

***Răspunsuri corecte.* Afecțiunile chirurgicale ale esofagului**

1 C; 2 E; 3 C; 4 D; 5 D; 6 B; 7 A; 8 C; 9 B; 10 C; 11 D; 12 D; 13 E; 14 C; 15 A; 16 D; 17 A; 18 A; 19 A; 20 C; 21 D; 22 C; 23 B; 24 D; 25 C; 26 C; 27 A; 28 C; 29 C; 30 BE; 31 ABD; 32 ACDE; 33 AB; 34 AD; 35 ABDE; 36 ABC; 37 ADE; 38 ACD; 39 CD; 40 ABE; 41 BC; 42 CD; 43 ABDE; 44 ADE; 45 AC; 46 BCDE; 47 ACD; 48 ADE; 49 BCD; 50 BCDE; 51 ACDE.

4.9. CHIRURGIA BOLII ULCEROASE. BOALA STOMACULUI OPERAT

1. CS. Gastrectomia totală este utilă în:
A. Sindromul Dumping precoce
B. Sindromul Dumping tardiv
C. Ulcerul peptic recidivant cauzat de sindromul Zollingher-Ellison
D. Gastrita alcalină de reflux
E. Diareea postvagotomică

2. CS. Irigoscopia are o importanță majoră în diagnosticul:
A. Gastrostazei postvagotomice
B. Fistulei gastrojejunocolice
C. Ulcerului peptic recidivant al gastroduodenoanastomozei
D. Sindromului Dumping
E. Toate cele mai sus-enumerate

3. CS. Frecvența ulcerului peptic recidivant este determinată, în primul rând, de:
A. Vârsta bolnavului
B. Vechimea bolii
C. Sediul și dimensiunile ulcerului
D. Complicații ale ulcerului existente la momentul operației primare
E. Tipul operației primare

4. CS. În urma cărui tip de operație, frecvența ulcerului peptic recidivant este cea mai mică?
A. Gastroenteroanastomozei
B. Rezecției gastrice $^{2}/_{3}$
C. Vagotomiei tronculare cu operație de drenaj gastric
D. Vagotomiei tronculare cu rezecție gastrică economă
E. Vagotomiei selective proximale

5.CS. Pentru sindromul cronic al ansei aferente cel mai caracteristic semn clinic include:
- A. Durerile în epigastru, greţurile, vomele
- B. Pirozisul
- C. Anorexia
- D. Constipaţiile
- E. Tahicardia

6. CS După care din intervenţiile menţionate poate apărea gastrita alcalină de reflux?
- A. Vagotomia tronculară cu piloroplastie
- B. Rezecţia gastrică $^{2}/_{3}$ tip Bilroth I
- C. Vagotomia tronculară cu gastroduodenostomie
- D. Vagotomia tronculară cu gastrojejunostomie
- E. Oricare din procedeele citate

7. CS. Cauza cea mai frecventă pentru apariţia ulcerului peptic recidivant este:
- A. Rezecţia economă a stomacului
- B. Vagotomia incompletă
- C. Rămăşiţa unui sector de ţesut al canalului piloric în bontul duodenal
- D. Gastrinoma
- E. Hiperparatireoidismul primar

8. CS. Excluderea gastrinomului la un bolnav ulceros va începe cu:
- A. Ultrasonografie, tomografie computerizată
- B. Angiografie selectivă
- C. Testul cu secretină
- D. Dozarea gastrinei serice
- E. Testele secreţiei gastrice

9. CS. Ulcerul peptic recidivant cel mai frecvent este determinat de:
- A. Alegerea şi efectuarea incorectă a intervenţiei chirurgicale

- B. Hiperparatireoidism
- C. Gastrinom
- D. Infecţia cu Helicobacter pylori
- E. Refluxul duodeno-gastral

10. CS. La 5 zile după o rezecţie Bilroth II, bolnavul prezintă subicter scleroconjunctival, febră, dureri severe permanente în epigastru şi în hipocondrul drept, greţuri şi vărsături, tahicardie, leucocitoză şi amilazemie. Local: abdomen mobil cu respiraţia, dureros şi rigid în epigastru şi în hipocondrul drept, unde palpator se depistează o formaţiune tumorală. Examenul radiologic pe gol evidenţiază o ansă intestinală dilatată, conţinând aer. Tranzitul baritat este nesemnificativ. Examenul clinic repetat arată alterarea stării generale. Ce complicaţie suspectaţi?
- A. Gastropareză postvagotomică
- B. Dehiscenţa bontului duodenal
- C. Sindromul acut al ansei aferente
- D. Ocluzie dinamică postoperatorie
- E. Hepatită acută

11. CS. Pentru astenia agastrală sunt caracteristice următoarele semne, excluzând:
- A. Diareea
- B. Iritabilitatea
- C. Anemia
- D. Vomele repetate
- E. Somnolenţa

12. CS. Pentru anemia agastrală sunt caracteristice, excluzând:
- A. Slăbiciunile generale
- B. Ameţelile, vertijele
- C. Eritropenia şi hipohemoglobinemia
- D. Paloarea tegumentelor
- E. Creşterea ponderală

13. CS. Care maladii ale stomacului operat, de regulă, necesită o reintervenție chirurgicală?
A. Sindromul Dumping gr. I–II
B. Anemia agastrală
• C. Ulcerul peptic recidivant al gastroduodenoanastomozei
D. Diareea postvagotomică
E. Maladsorbția enterogenă

14. CS. Numiți maladiile stomacului operat:
A. Hemoragia intraabdominală în a 4-a zi după rezecția gastrică
• B. Sindromul hipoglicemic
C. Astenia agastrală
D. Anemia postgastrorezecțională
E. Dehiscența suturilor gastroduodenoanastomozei

15. CS. Numiți patologiile care nu sunt calificate drept maladii ale stomacului operat:
A. Gradul III al sindromului Dumping
B. Fistula gastrojejunocolică
• C. Dehiscența suturilor carenei gastrice
D. Ulcerul peptic al jejunului
E. Pancreatita acută postoperatorie în urma rezecției gastrice

16. CS. Marcați boala stomacului operat:
A. Hemoragia gastrică postoperatorie în a 2-a zi postoperatorie
B. Diareea postvagotomică
• C. Ulcerul peptic recidivant duodenal
D. Dehiscența bontului duodenal
E. Dehiscența suturilor gastroenteroanastomozei

17. CS. Care patologie nu este complicația bolii ulceroase și nu este boală a stomacului operat?
• A. Insuficiența cardiei
B. Gastrita biliară de reflux

C. Stenoza pilorică
D. Fistula gastrojejunocolică
E. Penetrația ulcerului

18. CS. Boala stomacului operat este:
• A. Ulcerul peptic al jejunului
B. Pancreatita acută postoperatorie
C. Ocluzia acută a ansei eferente prin strangulație cu bride
D. Hemoragia din ulcerul duodenal exclus
E. Dehiscența suturilor bontului duodenal

19. CS. Boala stomacului operat se numește:
• A. Suferință ce apare în perioada postoperatorie tardivă după operațiile la stomac curative, etiopatogenice pentru boala ulceroasă
B. Patologie ce se dezvoltă numai după rezecțiile gastrice
C. Patologie organică și funcțională postvagotomică
D. Maladie ce apare în urma intervențiilor de drenare gastrică
E. Maladie ce apare în urma operațiilor pentru boala ulceroasă

20. CS. Sindrom postvagotomic este:
A. Stenoza cicatriceală a gastroenteroanastomozei
B. Ulcerul acut al jejunului
• C. Gastrostaza
D. Gastrita atrofică
E. Sindromul Dumping

21. CS. Sindrom postgastrorezecțional este:
A. Anemia agastrală
B. Sindromul cronic al ansei aferente, cauzat de malrotația duodenală
• C. Reflux-gastrita biliară
D. Stenoza piloroduodenală după suturarea ulcerului duodenal perforat
E. Ulcerul peptic recidivant după vagotomie selectivă proximală

22. CS. Cea mai utilă în diagnosticul sindromului Dumping este considerată:
A. Aprecierea manifestărilor clinice ale maladiei
B. Anamneza
C. Datele examenului radiologic cu masă baritată al tractului digestiv
D. Examinarea funcției de secreție a HCl de către stomac
• E. Testul cu soluție de glucoză 50%

23. CS. Semnul clinic principal al ulcerului peptic recidivant este:
A. Pirozisul
• B. Durerile epigastrale
C. Greșturile și vomele
D. Pierderea ponderală
E. Constipațiile

24. CS. Cu care investigație va începe diagnosticul ulcerului peptic recidivant?
A. Irigoscopia
B. Testul ureazic pentru aprecierea Helicobacter pylori
C. Examenul radiologic baritat al etajului superior al tractului digestiv
• D. Examenul endoscopic
E. Studierea secreției gastrice

25. CS. Operația de elecție în sindromul Zolinger-Ellison tip II este:
A. Rerezecția gastrică tip „Roux"
B. Rerezecția cu vagotomie tronculară
C. Vagotomia tronculară
• D. Gastrectomia totală, indiferent de faptul înlăturării gastrinomei
E. Înlăturarea gastrinomei depistate

26. CS. Metoda de elecție în diagnosticul sindromului stomacului mic este:
A. FEGDS

B. Biopsia stomacului
C. pH-metria gastrică
• D. Examenul radiologic baritat
E. Toate cele enumerate

27. CS. Frecvența maladiilor stomacului operat este cuprinsă în limitele:
A. 3–5%
B. 5–10%
• C. 10–25%
D. 25–50%
E. 50–75%

28. CS. Disfagia în urma operațiilor pentru ulcere gastrice și duodenale este cauzată de:
A. Rezecția înaltă a stomacului
B. Anastomozită
C. Gastrita biliară de reflux
• D. Denervarea esofagului
E. Vagotomia incompletă

29. CS. Sindromul Dumping tardiv apare postprandial la:
A. 30 min
B. 1 oră
• C. 2–3 ore
D. 3–4 ore
E. 6 ore

30. CS. Albastrul de metilen administrat per os poate fi util în diagnosticul:
A. Diareii postvagotomice
B. Refluxului gastric
• C. Fistulei gastrojejunocolice
D. Gastrinomei
E. Sindromului Dumping

31. CM. Pentru a stabili cauza ulcerului peptic recidivant sunt utile următoarele explorări:
- A. Esofagogastroduodenoscopia
- B. Examenul biopsic
- C. Dozarea gastrinemiei
- D. Dozarea calciului seric
- E. Testele de evaluare a secreției gastrice

32. CM. Tratamentul conservator preoperator al ulcerului peptic recidivant poate include:
- A. Antagoniști H_2
- B. Diclofenac, cu scop de micșorare a edemului periulceros
- C. Vitamine
- D. Infuzii cu soluții de aminoacizi
- E. Omeprazol

33. CM. Cauze ale ulcerului peptic recidivant sunt considerate următoarele, exceptând:
A. Rezecția economă a stomacului
- B. Gastroenteroanastomoza largă
- C. Evacuarea continuă, rapidă a conținutului gastric
D. Hiperplazia celulelor parietale
E. Refluxul gastric

34. CM. Enumerați operațiile în urma cărora poate survine boala stomacului operat:
A. Suturarea ulcerului perforat
- B. Rezecția gastrică tip Bilroth I
C. Gastrojejunoanastomoza pe ansa „omega"
- D. Vagotomia tronculară cu excizia ulcerului și piloroplastie tip Djudd
- E. Rezecția gastrică cu aplicarea gastrojejunoanastomozei pe ansa „omega"

35. CM. Enumerați afirmațiile corecte pentru sindromul Zollinger–Ellison:
- A. Simptomul dominant este hipersecreția acidului clorhidric
- B. Se manifestă prin hipergastrinemie
- C. Poate fi cauzat de tumora de celule D pancreatice
- D. Poate fi cauzat de hiperplazia celulelor G ale mucoasei antrale
- E. Gastrinomul poate fi localizat în peretele duodenului

36. CM. Hiperparatiroidismul primar se manifestă prin:
- A. Hiperclorhidrie
- B. Hiperacalcemie
- C. Fosfaturie
- D. Adenomatoză endocrină multiplă
E. Osteocondroză a coloanei vertebrale

37. CM. Enumerați afirmațiile ce definesc corect gastrina:
- A. Este produsă de celule G din mucoasa antrului
- B. Este produsă de celulele D pancreatice
- C. Nivelul seric la omul sănătos este de 50–200 pg
D. Nivelul seric la omul sănătos este de 500–600 pg
E. Se apreciază prin testul de stimulare maximă Key

38. CM. Semnele radiologice ale sindromului Dumping sunt:
- A. Stomac în formă de „pâlnie"
B. Refluxul duodeno-gastral
- C. Pasajul grăbit pe intestinul subțire
- D. Diaree peste 15 min de la administrarea masei baritate
- E. „Prăbușirea" masei baritate din stomac în jejun

39. CM. Pentru gradul I al sindromului Dumping este caracteristic:
- A. Intensificarea pulsului cu 10–15 bătăi pe minut după administrarea Glucidelor
- B. Căderea TA cu 10–15 mm Hg
C. Ineficacitatea tratamentului conservator

D. Capacitatea de muncă pierdută
E. Deficitul de masă corporală 5 kg

40. CM. Cauzele sindromului cronic al ansei aferente sunt:
A. Stenoza ansei aferente
B. Gastrostaza postoperatorie
C. Denervarea duodenului
D. Malabsorbția intestinală
E. Stenoza ansei eferente

41. CM. Pentru sindromul acut al ansei aferente sunt caracteristice:
A. Stenoza gastroduodenoanastomozei
B. Prezintă pericol pentru viața pacientului
C. Apare în urma invaginatului ansei aferente
D. Apare în urma cudurii ansei aferente
E. Apare în urma denervării duodenului

42. CM. Operațiile utile în sindromul acut al ansei aferente sunt:
A. Reduodenizarea
B. Rerezecția cu refacerea GEA pe ansa în „Y" a la Roux
C. Jejunoduodenostomia
D. Reversiunea segmentului jejunal
E. Dezinvaginarea ansei aferente

43. CM. Enumerați sindroamele postvagotomice:
A. Gastrostaza
B. Sindromul Dumping tardiv
C. Duodenostaza
D. Sindromul cronic al ansei aferente
E. Sindromul Dumping precoce

44. CM. Enumerați tipurile de malabsorbție postoperatorie:
A. Gastrogenă
B. Enterogenă

C. Pancreatogenă
D. Hepatogenă
E. Endocrină

45. CM. Enumerați semnele clinice ale malabsorbției:
A. Caşexia
B. Anemia
C. Hiperhidroza tegumentelor
D. Hirsutismul
E. Steatoreea

46. CM. Enumerați factorii favorizanți pentru instalarea diareii postvagotomice:
A. Secreția minoră de HCl
B. Disbacterioza
C. Hipergastrinemia
D. Dereglările de motilitate intestinală
E. Dereglările de metabolism al acizilor graşi

47. CM. Enumerați cauzele ulcerului peptic recidivant după vagotomie:
A. Secționarea incompletă a ramurilor gastrice ale nervilor vagi
B. Rezecția economă gastrică
C. Drenajul gastric neadecvat
D. Hipercalcemia
E. Hipergastrinemia

48. CM. Enumerați cauzele ulcerului peptic recidivant după rezecția gastrică Bilroth II
A. Invazia cu Helicobacter pylori
B. Rezecția gastrică economă
C. Mucoasa antrală reziduală deasupra bontului duodenal
D. Hipergastrinemia
E. Malabsorbția

49. CM. Enumerați operațiile inutile în caz de ulcer peptic recidivant, cauzat de mucoasă antrală reziduală deasupra bontului duodenal:
- A. Micșorarea dimensiunilor gastroenteroanastomozei
- B. Reduodenizarea
- C. Rezecția porțiunii antrale deasupra duodenului
- D. Reduodenizarea prin gastrojejunoduodenoplastie
- E. Reconstrucția anastomozei din Bilroth II în Bilroth I

50. CM. Enumerați operațiile utile în tratamentul sindromului Dumping:
- A. Reversiunea segmentului jejunal
- B. Gastrojejunoplastia izoperistaltică
- C. Jejunoduodenostomia
- D. Reconstrucția anastomozei din Bilroth II în Bilroth I
- E. Rerezecția subtotală

***Răspunsuri corecte.* Chirurgia bolii ulceroase. Boala stomacului operat**

1 C; 2 B; 3 E; 4 D; 5 A; 6 E; 7 A; 8 E; 9 A; 10 C; 11 D; 12 E; 13 C; 14 B; 15 C; 16 C; 17 A; 18 A; 19 A; 20 C; 21 C; 22 E; 23 B; 24 D; 25 D; 26 D; 27 C; 28 D; 29 C; 30 C; 31 ABCDE; 32 ABCDE; 33 BC; 34 BDE; 35 ABCDE; 36 ABCD; 37 ABC; 38 ACDE; 39 ABE; 40 ACE; 41 BCD; 42 BC; 43 AC; 44 ABCDE; 45 ABE; 46 ABDE; AC; 47 AC; 48 BC; 49 ABDE; 50 ABD.

4.10. HEMORAGIILE DIGESTIVE

1. CS. Sursa de hemoragie în tubul digestiv se localizează mai frecvent în:
   - A. Esofag
   - B. Stomac
   - C. Duoden
   - D. Intestinul subțire
   - E. Colon

2. CS. Unde se află linia de demarcație, de la care, pornind, putem vorbi despre hemoragii din segmentul superior și din cel inferior ale tubului digestiv?
   - A. La nivelul papilei Vater
   - B. La nivelul flexurii inferioare a duodenului
   - C. La nivelul unghiului duodeno-jejunal
   - D. Cu 30–50 cm distal de ligamentul Treitz
   - E. La nivelul valvulei Bauhin

3. CS. Dintre semnele clinice ale hemoragiei cel mai puțin relevant criteriu de gravitate a pierderii de sânge este:
   - A. Hematemeza
   - B. Caracteristica pulsului și valoarea tensiunii arteriale
   - C. Frecvența mișcărilor respiratorii
   - D. Semnele vasoconstricției periferice
   - E. Melena

4. CS. În procesul de compensare a hemoragiei nu participă sistemul:
   - A. Nervos vegetativ
   - B. Cardiovascular
   - C. Endocrin
   - D. Hematopoetic
   - E. Imun

5. CS. Despre influența microcirculației deficitare asupra organelor interne în condiții de hipovolemie, cauzată de pierderea de sânge, este mai lesne să judecăm după tulburările funcționale ce vizează:
A. Encefalul
B. Cordul
C. Plămânii
D. Intestinul
E. Rinichii

6. CS. Dintre metodele de diagnostic al hemoragiilor din segmentul superior al tubului digestiv este prioritară:
A. Endoscopia
B. Radiografia baritată
C. Scintigrafia
D. Angiografia
E. Laparotomia exploratorie

7. CM. Riscul persistenței sau recidivei hemoragiei este deosebit de mare când:
A. Bolnavul este în șoc
B. Hemoglobina < 70 g/l
C. Endoscopia releva un ulcer gastric sângerând activ
D. Vârsta depășește 50 de ani
E. Vârsta nu depășește 30 de ani

8. CM. Semnele endoscopice ale hemoragiei active din ulcer sunt:
A. Jetul de sânge arterial
B. Un vas vizibil
C. Prelingerea sângelui pe lângă tromb
D. Cheagurile de sânge în stomac
E. Ulcerul acoperit cu cheag

9. CM. Elecția tacticii chirurgicale în hemoragiile ulceroase este determinată de:
A. Starea bolnavului
B. Valorile Ht și Hb
C. Datele endoscopiei
D. Rezultatele reanimării
E. Sexul pacientului

10. CM. Drept indicații absolute de operație în hemoragiile din ulcer servesc:
A. Șocul sau hemodinamica instabilă
B. Recidiva hemoragiei în primele ore sau zile după stabilizare
C. Hemoragiile asociate cu perforarea ulcerului
D. Prelingerea neînsemnată de sânge, depistată endoscopic la un bolnav cu hemodinamică stabilă
E. Ulcerul bulbar

11. CM. În elecția metodei de tratament chirurgical al hemoragiei din ulcer se ține cont de:
A. Sediul ulcerului
B. Tipul eventual de secreție
C. Starea bolnavului
D. Episoadele hemoragice în anamneză
E. Vârsta pacientului

12. CM. Ulcerațiile de stres se deosebesc de ulcerul gastric și duodenal prin:
A. Etiopatogenie
B. Caracteristicile morfopatologice
C. Evoluția clinică
D. Complicații
E. Tipul secreției acide

13. CS. Ce afirmație referitoare la ulcerele de stres este eronată?
A. Se observa în stări de risc sporit
B. Ulcerațiile sunt multiple
C. Până la apariția complicațiilor evoluează asimptomatic
D. Se complică prin hemoragie și perforație
• E. Hemoragiile din ulcerele acute au tendință de hemostază spontană

14. CS. În terapia incipientă a hemoragiilor, condiționate de ulcerații acute, se aplică în primul rând:
A. Blocanți H_2 histaminici
B. Antacide
C. Perfuzie selectivă cu vasopresină
• D. Perfuzii intravenoase și refrigerație gastrică
E. Vitamina A în megadoze

15. CS. Persistența hemoragiei, dupa tratamentul conservator al ulcerelor acute, impune măsuri suplimentare de tipul celor enumerate mai jos. Care din ele sunt preferabile?
• A. Diatermo- și fotocoagularea
B. VT cu piloroplastie
C. VT cu antrectomie
D. Rezecția subtotală a stomacului
E. Gastrectomia

16. CS. Hemoragia difuză redutabilă din mucoasa gastrică nu se pretează hemostazei prin metode conservatoare de rutină, coroborate de perfuzia selectivă cu vasopresina, de embolizarea vaselor gastrice și de fotocoagulare. În 24 de ore bolnavului i s-au transfuzat 2,5 l de sânge, însă starea lui ramâne instabilă. În aceste curcumstanțe este mai rațională:
A. VT cu piloroplastie
B. VT cu antrectomie
C. Rezecția subtotală a stomacului

D. Rezecția proximală a stomacului
• E. Gastrectomia

17. CS. Soluția de continuitate a mucoasei în sindromul Mallory-Weiss se produce cu predilecție:
• A. În zona joncțiunii cardioesofagiene
B. Pe peretele antral anterior
C. Pe peretele antral posterior
D. Pe mica curbură a stomacului
E. În zona pilorului

18. CS. Instalarea sindromului Mallory-Weiss este favorizată de următorii factori, exceptând:
• A. Perturbarea funcției evacuatoare a stomacului
B. Reducerea mobilității mucoasei și submucoasei
C. Disarmonia dintre contracțiile esofagului și stomacului
D. Refluxul gastroesofagian
E. Distensia bruscă a stomacului

19. CS. Din timpii operatori în sindromul Mallory-Weiss nu fac parte:
A. Gastrotomia largă
B. Explorarea stomacului în întregime
C. Suturarea fisurii prinzând straturile submucos și muscular
D. Explorarea organelor adiacente
• E. Piloroplastia

20. CS. Un remediu eficient de reducere a circulației portale în hipertensiunea portală îl constituie:
A. Lactuloza
B. Cimetidina
C. Neomicina
• D. Vasopresina
E. Sedativele

21. CS. Până la 80–90% din cazurile de hemoragii acute din varicele esofagiene se pretează controlului. Dintre metodele aplicate în acest scop prioritară este:
A. Vasopresina
B. Tamponamentul prin sonda Sengstaken-Blakemore
• C. Scleroterapia
D. Embolizarea transparietohepatică a venelor gastrice
E. Anastomoza porto-cavă

22. CS. Tamponamentul cu sonda Sengstaken-Blakemore al varicelor esofagiene sângerânde dă 4–9% complicații. Cea mai frecventă dintre ele este:
• A. Aspirația
B. Obstruarea traheii
C. Necroza unor porțiuni de mucoasă
D. Necroza esofagului
E. Ruptura esofagului

23. CS. Există doua tipuri de operații în vederea prevenirii și tratării hemoragiilor din varicele esofagiene: de decompresie și de deconexiune. Dintre cele enumerate mai jos, procedee de deconexiune sunt:
A. Anastomoza spleno-renală centrală
B. Embolizarea intraoperatorie a venelor gastrice
C. Anastomoza porto-sistemică în "H"
• D. Operația Sugiura
E. Operația Kaliba

24. CM. Un bolnav cu stază spontană a hemoragiei din varicele esofagiene prezintă bilirubină serică în limitele a 35–50 μmol/l, albumină serică – 30–35 g/l, ascită tranzitorie, oligosimptomatologie neurologică, stare de nutriție bună. Ce procedee de tratament sunt acceptabile în acest caz?
A. Scleroterapia
• B. Șuntul porto-sistemic

C. Embolizarea transparietohepatică a venelor gastrice
• D. Operația Sugiura
E. Operația Tanner

25. CS. Cea mai frecventă cauză a hemobiliei o constituie:
• A. Traumatismul ficatului
B. Tumorile ficatului și căilor biliare
C. Litiaza biliară
D. Patologia vaselor intra- și extrahepatice
E. Abcesul hepatic

26. CS. Pentru hemobilie sunt caracteristice următoarele simptome, exceptând:
A. Colica hepatică
B. Icterul
C. Hemoragiile în tubul digestiv
• D. Hepatomegalia
E. Melena

27. CS. Care afirmație referitoare la hemoragiile inferioare din tractul digestiv este eronată?
A. Afecțiunile, care se complică prin hemoragii, sunt foarte variate
B. Până la declanșarea hemoragiei, manifestările clinice ale bolii sunt frecvent fruste, nespecifice sau absente
C. Sursele de hemoragii se pot localiza simultan în diferite segmente ale intestinului
D. Nu este obligator ca patologia, depistată în cadrul examenului preoperator, să constituie și cauza hemoragiei
• E. Sursa de hemoragie se identifică mai lesne prin laparotomie

28. CS. Hemoragiile joase masive din tractul gastrointestinal sunt mai puțin verosimile, când sursa corelează cu:
• A. Un proces inflamator
B. Proliferare blastomatoasă

C. Anomalie de dezvoltare a intestinului
D. Cauze mecanice
E. Patologie vasculară

29. CS. Hemoragia masivă din colon poate fi prima şi unica manifestare a afecţiunii în:
• A. Diverticuloză
B. Polipoza familială
C. Neoplaziile maligne
D. Colita ulceroasă nespecifică
E. Endometrioza intestinală

30. CS. Hemoragia masivă în diverticuloza colonului se explică, în primul rând, prin:
A. Insuficienţa traumatismului conjunctiv din peretele intestinal
B. Amplasarea contiguă a numeroase diverticule
• C. Corelaţiile diverticulului cu vasele peretelui intestinal
D. Retenţia conţinutului intestinal în diverticul
E. Diverticulită

31. CM. Pentru diagnosticarea intraoperatorie a cauzelor de hemoragii inferioare din tractul digestiv sunt acceptabile:
• A. Explorarea intestinului
• B. Videopanendoscopia
• C. Angiografia mezenterică selectivă
D. Entero- şi colotomia
E. Ultrasonografia intraoperatorie

32. CS. Pentru tratarea hemoragiei masive pe fundal de colită ulceroasă nespecifică este recomandabilă:
A. Atitudinea conservatoare
B. Ileostomia
C. Hemicolectomia stângă

• D. Colectomia subtotală
E. Colproctectomia

Răspunsuri corecte. Hemoragiile digestive

1 B; 2 C; 3 E; 4 E; 5 E; 6 A; 7 ABC; 8 ABC; 9 ABCD; 10 ABC; 11 ABC; 12 ABC; 13 E; 14 D; 15 A; 16 E; 17 A; 18 A; 19 E; 20 D; 21 C; 22 A; 23 D; 24 BD; 25 A; 26 D; 27 E; 28 A; 29 A; 30 C; 31 ABC; 32 D.

4.11. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE FICATULUI

1. CS. Gazdă intermediară pentru Echinococcus granulosus poate fi oricare din cei enumerați, exceptând:
   A. Oaia
   B. Porcul
   C. Omul
   D. Câinele
   E. Calul

2. CS. Complicații ale chistului hidatic hepatic sunt următoarele, exceptând:
   A. Ruptura în pleură, bronhii
   B. Ruptura în cavitatea peritoneală
   C. Fisurarea în căile biliare
   D. Pileflebita
   E. Supurația

3. CS. Ce afirmație referitoare la chistul hidatic hepatic este incorectă?
   A. Adesea este unic
   B. Mai frecvent este situat în lobul hepatic stâng
   C. Serologia pentru hidatidoză este adesea pozitivă
   D. Se poate erupe în căile biliare, pleură, cavitatea abdominală
   E. Intervenția chirurgicală este obligatorie

4. CM. Indicațiile echinococectomiei deschise sunt:
   A. Supurația chistului hidatic hepatic
   B. Calcificarea chistului hidatic hepatic
   C. Prezența unei fistule biliare
   D. Situația anatomică a chistului nefavorabilă pentru bolnav și chirurg
   E. Prezența cirozei hepatice

5. CS. Cea mai frecventă tumoră benignă a ficatului este reprezentată de:
   A. Lipomul hepatic
   B. Hemangiomul hepatic
   C. Chistadenoamele hepatice
   D. Leiomioamele hepatice
   E. Fibroamele hepatice

6. CS. Ce afirmație referitoare la echinococoza alveolară hepatică este adevărată?
   A. Se traduce ecografic printr-o imagine chistică unică
   B. Este transmisă în special prin intermediul vulpilor
   C. Se identifică mai ales în Moldova și în sudul Ucrainei
   D. Este determinată de Echinococcus granulosus
   E. Tratamentul chirurgical constă în capitonajul chisturilor

7. CS. Una din afirmațiile ce se referă la chistul hepatic neparazitar este incorectă:
   A. Are debut acut
   B. Poate fi posttraumatic
   C. Adesea este asimptomatic
   D. Puncția ecoghidată este soluția optimă de tratament
   E. Pot surveni unele complicații evolutive

8. CS. Tratamentul de elecție în chistul hidatic hepatic este:
   A. Chimioterapia
   B. Intervenția chirurgicală
   C. Terapia actinică
   D. Hormonoterapia
   E. Antibioterapia

9. CM. Referindune la echinococoza alveolară a ficatului, care din afirmații sunt false?
   A. Are o evoluție lentă
   B. Diagnosticul întâmpină dificultăți

C. Este o tumoră malignă
D. Are creştere invazivă şi prognostic sumbru
E. Puncţia-lavaj peritoneal este soluţia optimă de tratament

10. CM. În caz de hematom gigant subcapsular, fără ruptura ficatului, pot fi practicate:
A. Puncţia şi evacuarea hematomului
B. Incizia capsulei şi evacuarea hematomului
C. Evacuarea hematomului şi diatermocoagularea zonei hepatice respective
D. Drenajul cavităţii peritoneale
E. Abţinerea de la orice manevre şi închiderea cavităţii abdominale

11. CM. Prezentaţi care afirmaţii, referitoare la hemofilie, sunt false:
A. Colica hepatică
B. Icterul
C. Hemoragia în tractul digestiv
D. Hepatomegalia
E. Melena

12. CS. Care afirmaţie, referitoare la tumorile benigne hepatice, este corectă?
A. Evoluţia lentă
B. Au indicaţii absolute pentru intervenţia chirurgicală
C. Sunt mai frecvente la femei
D. Frecvent se complică cu fistula biliară
E. Frecvent apare melena

13. CS. Lichidul hidatic al unui chist necomplicat are următoarele caracteristici:
A. Este limpede, incolor, inodor, cu densitatea de 1008–1015 şi pH 6,7–7,2
B. Este limpede, de culoare gălbuie, cu miros fad, cu densitatea de 1016–1020

C. Este tulbure, inodor, cu densitatea sub 1007
D. Este tulbure, albicios, inodor, cu densitatea de 1000
E. Este tulbure, cu miros fetid

14. CM. Care sunt principalele efecte adverse ale Escazolului?
A. Leucopenia
B. Insuficienţa renală
C. Aritmia cardiacă
D. Creşterea reversibilă a aminotransferazelor
E. Nu are efecte adverse

15. CM. Tratarea chirurgicală a cavităţii perichistice constă în:
A. Drenajul cavităţii perichistice cu un tub de dren
B. Capitonajul cavităţii restante
C. Închiderea fără drenaj a cavităţii restante
D. Anastomoze chisto-digestive
E. Puncţia-lavaj peritoneal

16. CS. Rezecţia marginală hepatică este indicată în hidatidoza hepatică în următoarele situaţii:
A. În toate chisturile hidatice, indiferent de stadiul lor evolutiv
B. În chistul hidatic supurat cu piosclerozâ hepatică
C. În chistul hidatic hepatic complicat cu fistulă biliară
D. În chistul erupt în cavitatea abdominală
E. În chistul hidatic hepatic situat marginal

17. CS. Pentru abcesul hepatic amoebian nu este caracteristică:
A. Infestarea cu Entamoeba Histolitica se produce prin ingestia chisturilor din apa contaminată
B. Majoritatea chsturilor sunt solitare
C. Peste 75% din chisturi au ca sediu lobul hepatic drept
D. Reacţia de hemaglutinare indirectă este pozitivă în 95% din cazuri
E. Chisturile sunt asimptomatice

18. CM. Chisturile neparazitare ale ficatului pot beneficia de:
A. Fenestrarea chistului
B. Rezecție hepatică
C. Anastomoză chisto-digestivă
D. Devascularizare azygo-portală
E. Șunt porto-sistemic transjugular

19. CM. Care sunt cauzele hemofiliei?
A. Traumatismul ficatului
B. Tumoarea ficatului în descompunere
C. Litiaza biliară
D. Sindromul Budd-Chiari
E. Sindromul Mirizzi

20. CM. Caracteristice pentru hemofilie sunt următoarele simptome:
A. Colica hepatică
B. Icterul
C. Hemoragia în tractul digestiv
D. Hepatomegalia
E. Melena

21. CM. Pentru diagnosticul hemofiliei pot fi utile:
A. Endoscopia (FEGDS)
B. Ecografia
C. Scintigrafia
D. Tomografia computerizată
E. Angiografia selectivă

22. CM. După Couinaud, ficatul are:
A. 12 segmente
B. 10 segmente
C. 8 segmente
D. 7 segmente
E. 6 segmente

23. CM. Alegeți răspunsurile corecte referitoare la sistemele de irigare sanguină a ficatului:
A. Venos în sistemul v. cavă superioară
B. Arterial din ramurile trunchiului celiac
C. Venos în sistemul v. cavă inferioară
D. Venos din sistemul v. portă
E. Arterial din ramurile aortei ascendente

24. CS. Alegeți calea optimă pentru abordarea chirurgicală a chistului hidatic hepatic situat în seg. IV–V:
A. Laparotomie mediană superioară
B. Laparotomie mediană inferioară
C. Laparotomie transversală la nivelul spațiului intercostal VIII
D. Toracofrenolaparotomie pe dreapta
E. Laparotomie Pfanenschtil

25. CM. Pentru abcesul hepatic amoebian este caracteristică:
A. Infestarea cu Entamoeba Histolitica se produce prin ingestia chisturilor din apa contaminată
B. Majoritatea chsturilor sunt solitare
C. Peste 75% din chisturi au ca sediu lobul hepatic drept
D. Reacția de hemaglutinare indirectă este pozitivă în 95% din cazuri
E. Chisturile sunt asimptomatice

26. CS. Abcesul hepatic amoebian se caracterizează prin următoarele, exceptând:
A. Durerile în hipocondrul drept
B. Pleurezia pe dreapta
C. Anemia, leucocitoza, VSH crescut
D. Episoadele diareice dizenteriforme
E. Lipsa manifestărilor clinice

27. CS. Alegeți volumul chirurgical optim adresat unui chist hepatic neparazitar necomplicat:
A. Rezecția atipică a ficatului
B. Rezecția anatomică a ficatului
C. Enucleația
D. Drenarea externă
E. Fenestrarea chistului

28. CS. Care boală parazitară a ficatului se depistează cel mai frecvent?
A. Echinococoza
B. Difillobotrioza
C. Lamblioza
D. Alveococoza
E. Amibiaza

29. CM. Intervențiile chirurgicale adresate unui chist hidatic hepatic pot fi:
A. Perichistectomia
B. Chistectomia închisă
C. Rezecția ficatului cu extirparea chistului
D. Fenestrarea chistului
E. Marsupializarea

30. CS. Alegeți volumul optim chirurgical, în caz de alveococoză hepatică:
A. Enucleația chistului
B. Marsupializarea
C. Rezecția ficatului cu extirparea chistului
D. Fenestrarea
E. Fragmentarea alveococului

31. CM. Care organe sunt mai frecvent afectate de Echinococcus granulosus?
A. Pulmonii
B. Retina
C. Pancreasul
D. Sistemul osteo-articular
E. Ficatul

32. CM. Alegeți soluțiile antiparazitare folosite pentru prelucrarea cavității reziduale a unui chist hidatic hepatic:
A. Formolul, H_2O_2
B. Serul clorurat hipertonic (20%)
C. 5-fluoruracilul
D. Octreotidul
E. Verdele de briliant

33. CS. Alegeți metoda optimă chirurgicală privind un abces bacterian hepatic:
A. Puncția și drenarea abcesului sub controlul ecografiei
B. Transplantul hepatic
C. Hemihepatectomia
D. Marsupializarea
E. Criodistrucția

34. CM. Care sunt posibilitățile terapeutice de abordare a chistului hidatic hepatic calcificat?
A. Chistectomia și plombajul cavității restante
B. Punctiile ecoghidate repetate
C. Marsupializarea chistului
D. Simpla observație clinic-ecografică
E. Enuclearea

35. CM. Chistul hidatic hepatic supurat se manifestă prin:
A. Dispnee intensă, cianoză marcată

B. Febră, durere, frisoane
C. Ventilație pulmonară compromisă
D. Stare septică
E. Hemofilie

36. CM. Pentru un chist hidatic complicat cu fistulă biliohidatică este caracteristică:
A. Migrarea parazitului în calea biliară principală
B. Apariția bilei în cavitatea restantă
C. Prezența lichidului limpede în cavitatea restantă
D. Prezența lichidului tulbure, vâscos
E. Respirația paradoxală

37. CM. Una din complicațiile grave ale traumatismului ficatului este hemofilia. Esența acestei complicații constă în:
A. Apariția hemoptiziei
B. Eroziuni multiple ale stomacului și duodenului
C. Diminuarea producerii de către ficat a procoagulantelor
D. Tromboza venei portă sau hemoragie din varicele esofagiene
E. Hemoragie în lumenul tractului digestiv din vasele lezate ale ficatului prin căile biliare

38. CM. Care din cele expuse mai jos caracterizează abcesul piogen hepatic?
A. Examenul local abdominal relevă hepatomegalia dureroasă în 50% din cazuri
B. Are incidență de 10 și 16 cazuri la 100 000 internări
C. Determină apariția imediată a insuficienței renale
D. Hemoculturile sunt pozitive în proporție de 40–50%
E. Drenajul percutan ecoghidat al cavității abcesului este contraindicat

39. CM. Tratamentul abcesului bacterian hepatic beneficiază de următoarele modalități terapeutice:
A. Evacuarea pe cale chirurgicală a abcesului cu drenarea lui
B. Simpla observare
C. Tratamentul antibiotic singular de lungă durată
D. Drenajul percutan ecoghidat al cavității abcesului

40. CS. Alegeți schema optimă de tratament rezervată abcesului amoebian hepatic:
A. Terapie actinică până la operație + tratament chirurgical
B. Tratament chirurgical + terapie actinică după operație
C. Tratament specific cu Metronidazol
D. Chimioterapie + tratament chirurgical
E. Tratament chirurgical cu indicații absolute

41. CM. Principiile tratamentului chirurgical în chisturile hidatice hepatice sunt reprezentate de:
A. Simpla supraveghere
B. Inactivarea conținutului chistului (ser clorurat 20%, etanol 90%)
C. Îndepărtarea componentelor infecțioase ale chistului (membrană proligeră, nisip hidatic, vezicule-fiice)
D. Tratamentul complicațiilor
E. Rezolvarea cavității reziduale

42. CM. Care din afirmațiile, referitoare la hemangiomul hepatic, prezentate mai jos, sunt corecte?
A. Este cea mai rară tumoră benignă hepatică
B. Puncția acestui tip de tumoră este strict contraindicată
C. Nu are risc de transformare malignă
D. Intervenția chirurgicală este indicată numai în prezența fenomenelor compresive sau a unui risc hemoragic înalt
E. Se supune tratamentului medicamentos cu Albendazol

43. CM. Care din afirmațiile referitoare la chistul hidatic hepatic, prezentate mai jos, sunt corecte?
A. Echinococcoza este o zoonoză
B. Conținutul chistului constă din lichid hidatic clar ca „apa de stâncă", scolecşi, vezicule proligere şi vezicule-fiice
C. Are risc înalt de transformare malignă
D. Omul reprezintă o gazdă intermediară ocazională
E. Peretele chistului are patru straturi

44. CM. Complicațiile abcesului hepatic sunt următoarele, exceptând:
A. Perforația în cavitatea abdominală
B. Cancerul primar hepatic
C. Sepsisul
D. Hemoragiile din vasele hepatice erodate
E. Mediastinita

45. CM. Pentru diagnosticul abcesului hepatic sunt utile:
A. Ultrasonografia abdominală
B. Tomografia computerizată
C. Reacția Kazoni
D. Scanarea ficatului cu leucocite marcate cu radionuclid
E. Puncția abdominală

46. CM. Pentru un abces hepatic nu sunt caracteristice:
A. Febra
B. Durerea în hipocondrul drept
C. Sindromul hemoragic
D. Sindromul toxico-septic
E. Claudicația intermitentă

47. CS. Tratamentul chistului hidatic hepatic include următoarele, exceptând:
A. Chistectomia deschisă
B. Transplantul hepatic

C. Laparocenteza
D. Perichistectomia
E. Tratamentul antiparazitar cu observări clinicoecografice în dinamică

48. CM. Ce afirmații referitoare la hemangiomul hepatic sunt incorecte?
A. Sunt cele mai frecvente tumori benigne ale ficatului
B. Apar, în special, la femei şi sunt descoperite accidental
C. Puncția hemangiomului este o acțiune terapeutică necesară
D. Are risc înalt de transformare malignă
E. Extirparea chirurgicală are indicație absolută

49. CM. Tratamentul traumatismului hepatic poate beneficia de următoarele metode:
A. Hemostază prin tamponament
B. Hemostază directă chirurgicală
C. Transplant hepatic
D. Rezecția hepatică atipică
E. Laparoscopie, drenarea cavității abdominale

50. CM. Enumerați consecințele leziunilor traumatice hepatice:
A. Hemoperitoneum
B. Peritonită stercorală
C. Stare de şoc
D. Hematom intrahepatic
E. Abcese posttraumatice piogene

***Răspunsuri corecte.* Afecțiunile chirurgicale ale ficatului**

1 D; 2 D; 3 B; 4 ACD; 5 B; 6 B; 7 A; 8 B; 9 CE; 10 ABC; 11 ABD; 12 A; 13 A; 14 AD; 15 ABCD; 16 E; 17 E; 18 ABC; 19 AB; 20 CE; 21 AE; 22 C; 23 BCD; 24 A; 25 ABCD; 26 E; 27 E; 28 A; 29 ABCE; 30 C; 31 AE; 32 AB; 33 A; 34 DE; 35 BD; 36 AB; 37 E; 38 ABD; 39 AD; 40 C; 41 BCDE; 42 BCD; 43 ABD; 44 BE; 45 ABD; 46 CE; 47 BC; 48 CDE; 49 ABD; 50 ACDE.

4.12. SINDROMUL DE HIPERTENSIUNE PORTALĂ

1. CS. Ce afirmație referitoare la ciroza hepatică este exactă?
   A. Se asociază cu crize de hipoglicemie
   B. Ecografia nu precizează diagnosticul
   C. Este cauza cea mai frecventă a hipertensiunii portale
   D. Apărarea musculară în hipocondrul drept este sugestivă pentru diagnostic
   E. Febra poate fi prezentă în 80% din cazuri

2. CS. Care din următoarele intervenții chirurgicale se complică mai rar cu encefalopatie hepatică?
   A. Anastomoza porto-cavă termino-laterală
   B. Anastomoza porto-cavă latero-laterală
   C. Anastomoza spleno-renală proximală
   D. Anastomoza spleno-renală distală (Warren)
   E. Anastomoza mezenterico-cavă

3. CS. Fibroscopia evidențiază varice esofagiene gr. III, care sângerează, mucoasă gastrică fără ulcerații. La ce metodă de hemostază apelați mai întâi?
   A. Ligatura varicelor esofagiene
   B. Rezecția esofagului inferior cu anastomoză esogastrică
   C. Tamponament cu sonda Blackemore, pituitrină intravenos
   D. Deconexiune azygo-portală
   E. Anastomoză spleno-renală

4. CS. Care din afirmația prezentată mai jos este eronată?
   A. Ficatul posedă o dublă circulație
   B. Fluxul sanguin hepatic este de cca 1500 ml/min sau 25–30% din debitul cardiac în repaus
   C. Sistemul venos portal leagă 2 rețele capilare
   D. Vena portă se formează prin unirea venei mezenterice superioare, mezenterice inferioare și splenice

   E. Axul venos porto-caval este bogat în valve ce determină modificările de presiune în tot sistemul venos port

5. CM. Pentru sindromul Baumgarten-Cruveilhier nu este caracteristic:
   A. Debutul acut
   B. Recanalizarea venei portă, apariția capului de meduză și suflul specific la auscultație
   C. Emfizemul subcutanat
   D. Coagulopatia
   E. Respirația paradoxală

6. CS. Cea mai sigură și obiectivă metodă de diagnostic al hemoragiilor digestive superioare este?
   A. Fibroesofagogastroduodenoscopia
   B. Radiografia baritată
   C. Scintigrafia
   D. Angiografia
   E. Laparoscopia diagnostică

7. CS. Ce metodă poate fi utilă în tratamentul hipertensiunii portale cirogene?
   A. Drenajul canalului Wirsung
   B. Vagotomia tronculară
   C. Transplantul lienal
   D. Deconexiunea azygo-portală
   E. Splenopancreatectomia stângă

8. CS. Cauza cea mai frecventă a hipertensiunii portale este:
   A. Pericardita congestivă
   B. Sindromul Budd-Chiari
   C. Ciroza hepatică cu baraj intrahepatic
   D. Cvadrifurcația venei portă
   E. Tromboza venei lienale

9. CS. Pentru aprecierea stării funcționale hepatice la pacienții cirotici cu sindrom de hipertensiune portală se folosește:
A. Scorul Ranson
B. Indicele Algover
C. Scorul Apgar
• D. Criteriile Child
E. Scorul Glasgow

10. CS. Pacienții cu șunt porto-cav pot dezvolta o stare de comă hepatică prin:
A. Hipocalcemie
B. Hiperglicemie
C. Hiperalbuminemie
• D. Creșterea amonemiei
E. Creșterea timpului de protrombină

11. CS. Operația Tanner are următoarea indicație:
A. Encefalopatia
B. Ascita refractară tratamentului medicamentos
• C. Hemoragia prin ruptura varicelor esofagiene
D. Hemoragia prin ruptura varicelor colonice
E. Hemoragia prin ruptura varicelor rectale

12. CS. Ce afirmație referitoare la forma prehepatică a hipertensiunii portale este falsă?
A. Apare mai frecvent la copii
• B. Determină apariția claudicației intermitente
C. Anastomoza spleno-renală distală micșorează presiunea portală
D. Este cauzată de anomaliile congenitale de dezvoltare ale venei portă
E. Determină apariția hemoragiei digestive

13. CS. Cele enumerate mai jos sunt cauze ale hipertensiunii portale, exceptând:
A. Sindromul Budd-Chiari
B. Boala Chiari
• C. Sindromul Zollinger-Ellison
D. Ciroza hepatică alcoolică
E. Chistul hidatic hepatic gigant (lobul drept, s. 6–7–8)

14. CS. O bolnavă cirotică în vârstă de 44 de ani se internează cu hemoragie gastrointestinală, exteriorizată prin vome "zaț de cafea" și scaun "culoarea păcurii". Ce explorare poate preciza sursa hemoragiei?
A. Scintigrafia hepatică
B. Colonoscopia
C. Angiografia supraselectivă hepatică
• D. Fibroesofagogastroduodenoscopia
E. Radiografia abdominală pe gol

15. CM. Care din explorările de laborator sunt utile pentru stabilirea gravității hemoragiei variceale?
A. Testele de coagulare
• B. Hemoglobina
C. Trombocitele
• D. Hematocritul
• E. Eritrocitele

16. CS. Care din manifestările de mai jos nu sunt caracteristice pentru hipertensiunea portală?
A. Ascita
B. Splenomegalia
• C. Disfagia
D. Encefalopatia hepatică
E. Varicele esofago-gastrice

17. CM. Condiţiile necesare pentru apariţia ascitei sunt:
A. Existenţa sindromului de malabsorbţie
B. Prezenţa icterului
*C. Prezenţa hipertensiunii portale cronice şi retenţia hidrosalină
D. Prezenţa hipertensiunii portale acute asociată cu icter intermitent
*E. Hipoalbuminemia

18. CS. Manifestările biochimice şi hematologice enumerate mai jos caracterizează hipersplenismul autoimun, cu excepţia uneia. Numiţi-o:
A. Leucocitopenia
*B. Glicemia
C. Anemia
D. Creşterea complexului imun circulant
E. Trombocitopenia

19. CS. Care din afirmaţia de mai jos, referitoare la hipertensiunea portală, este falsă?
A. Evoluţia, de obicei, este severă
*B. Determină hemoragia digestivă
C. Este consecinţa unui obstacol în sistemul port
D. Consecinţele ei pot fi: splenomegalia, encefalopatia, ascita, hemoragia digestivă
*E. Se micşorează la administrarea 5-fluoruracilului

20. CM. După care din următoarele intervenţii chirurgicale apare mai rar encefalopatia hepatică?
A. Anastomoza porto-cavă termino-laterală
B. Anastomoza porto-cavă latero-laterală
C. Anastomoza spleno-renală proximală
*D. Anastomoza spleno-renală distală (Warren)
*E. Anastomoza mezenterico-cavă

21. CS. Hipertensiunea portală se caracterizează prin următoarele semne, exceptând:
A. Splenomegalia
B. Ascita
C. Circulaţia colaterală abdominală
D. Varicele esofagiene
*E. Silenţiul abdominal

22. CS. Una dintre cele mai informative metode specifice în diagnosticul sediului şi sursei hemoragiei variceale este:
A. Irigoscopia
*B. Fibroesofagogastroduodenoscopia
C. Radiografia abdominală de ansamblu
D. Laparoscopia
E. Pasajul bariului prin intestin

23. CS. Alegeţi afirmaţia incorectă pentru hipertensiunea portală:
A. Splenomegalia este însoţită de hipersplenism hematologic dominat de trombocitopenie şi leucopenie
B. Cauzele şi clasificarea hipertensiunii portale se bazează pe sediul obstacolului şi raportul acestuia cu patul sinusoidal
C. Hemoragia variceală este complicaţia hipertensiunii portale
D. Presiunea în vena portă, în mod normal, este de 10–15 mmHg
*E. Manifestările clinice ale hipertensiunii portale apar dacă gradientul presional este mai mic de 10 mmHg

24. CS. Pentru sindromul Baumgarten-Cruveilhier este caracteristică:
A. Hemoptizia
*B. Recanalizarea venei ombilicale, apariţia capului de meduză şi apariţia suflului specific la auscultaţie
C. Coagulopatia
D. Melena
E. Disfagia

25. CS. Complicațiile hipertensiunii portale sunt următoarele, exceptând:
- A. Icterul mecanic
- B. Rectoragia
- C. Ascita
- D. Hemoragia digestivă superioară din varicele esogastrice
- E. Encefalopatia

26. CS. Care din procedeele enumerate mai jos sunt procedee de deconexiune azygo-portală?
- A. Anastomoza spleno-renală centrală
- B. Anastomoza spleno-renală proximală
- C. Anastomoza omfalo-cavă
- D. Anastomoza porto-sistemică în "H"
- E. Operația Sugiura

27. CS. Un bolnav cu hemoragie din varicele esofagiene prezintă bilirubină serică în limitele 35–50 μmol/l, albumină – 30–35 g/l, ascită tranzitorie, stare de nutriție bună. Ce procedeu de tratament este mai acceptabil în acest caz?
- A. Omentorenopexia
- B. Şuntul porto-sistemic transjugular (TIPS)
- C. Embolizarea transparietohepatică a venelor esofagogastrice
- D. Splenectomia
- E. Omentohepatopexia

28. CM. Indicați remediile eficiente pentru reducerea hipertensiunii portale:
- A. Cimetidina
- B. Octreotidul
- C. Mercazolilul
- D. 5-fluoruracilul
- E. Pituitrina

29. CM. Incidența complicațiilor cauzate de tamponamentul cu sonda Blackemore al varicelor esofagiene sângerânde variază între 4–9%. Cele mai frecvente dintre ele sunt:
- A. Ruptura esofagului
- B. Obturarea traheii
- C. Necroza mucoasei esofagiene
- D. Aspirația
- E. Mediastinita

30. CS. Caracteristic pentru hipertensiunea portală este:
- A. Frecvent apare pe fundalul cirozei hepatice
- B. De regulă, este însoțită de hiperamilazemie
- C. Debutează brusc
- D. Pe o radiografie abdominală simplă apare ansa santinelă
- E. Infarctul enteromezenteric este cea mai frecventă complicație a ei

31. CS. Operația cea mai frecvent practicată în hipertensiunea portală este:
- A. Anastomoza porto-cavă
- B. Anastomoza spleno-renală
- C. Deconexiunea azygo-portală
- D. Anastomoza mezenterico-cavă
- E. Anastomoza omfalo-cavă

32. CS. Sindromul de hipertensiune portală se caracterizează astfel:
- A. Este însoțit de creșterea presiunii venoase centrale
- B. Se traduce prin icter progresiv, prurit
- C. Se poate dezvolta pe fundalul maladiei Chiari
- D. Se asociază, de regulă, cu angina abdominală
- E. Este însoțit de hipertensiune arterială

33. CS. Caracteristic pentru hipersplenismul secundar hipertensiunii portale este:
A. Hiperamilazemia
B. Hiperleucocitoza şi azotemia
• C. Trombocitopenia şi anemia
D. Scăderea ponderală importantă
E. Hemoragia digestivă ocultă

34. CM. Şunturile porto-sistemice non-selective sunt reprezentate de:
• A. Şuntul porto-cav termino-lateral
• B. Şuntul porto-cav latero-lateral
• C. Şuntul proximal spleno-renal
D. Şuntul spleno-renal distal
E. Şuntul porto-sistemic transjugular intrahepatic

35. CS. Ce afirmaţie despre forma suprahepatică a hipertensiunii portale este adevărată?
A. Are un prognostic favorabil
B. Are debut brutal, cauzat de un moment alimentar
C. Cavografia şi celiacografia nu sunt utile pentru diagnostic
• D. Este însoţită de hepatomegalie dureroasă
E. Este asimptomatică

36. CS. Sindromul Budd-Chiari se caracterizează prin:
A. Durere în punctul costovertebral stâng la palpare
• B. Debut acut asociat cu dureri epigastrice intense şi hepatomegalie dureroasă
C. Disfagie paradoxală
D. Atrezia sau hipoplazia venei portă
E. Obstrucţia segmentară a venei lienale

37. CS. Care este cea mai frecventă consecinţă a anastomozei porto-cave?
• A. Encefalopatia

B. Pileflebita purulentă
C. Abcesul hepatic
D. Ruptura de splină în "doi timpi"
E. Hemangiomul hepatic

38. CM. Hipertensiunea portală cirogenă prezintă următoarele complicaţii, exceptând:
• A. Icterul
B. Hemoragia variceală esofagiană
C. Hemoragia digestivă inferioară
• D. Exoftalmia
E. Encefalopatia

39. CS. Şunturile porto-cave selective sunt preferate, deoarece se complică mai rar cu:
A. Ascită
• B. Encefalopatie portală
C. Resângerare
D. Insuficienţă renală acută
E. Sindrom hepatorenal

40. CM. Enumeraţi riscurile importante ale aplicării sondei Blackemore:
• A. Aspiraţia traheală (sindromul Mendelsohn)
• B. Ruptura peretelui esofagian
C. Respiraţia paradoxală
D. Ruptura vaselor mari intratoracice
• E. Tulburările de ritm cardiac, durerile anginoase

41. CM. Enumeraţi cauzele de sângerare digestivă în contextul hipertensiunii portale:
• A. Ruperea varicelor esofagiene
• B. Gastropatia portal-hipertensivă
C. Displazia epitelială esofagiană Barret

D. Ruperea hemoroizilor secundari
E. Ruperea varicelor gastrice fundice

42. CM. Care din următoarele modalități terapeutice pot fi folosite în stoparea hemoragiei din varicele esofagiene rupte?
A. Scleroterapia endoscopică
B. Rezecarea esofagului toracic plus esofagoplastia
C. Sonda Sengstaken-Blakemore
D. Vagotomia cu piloroplastia
E. Ligatura cu inele elastice

43. CM. Care sunt obiectivele tratamentului chirurgical în hipertensiunea portală?
A. Reducerea secreției gastrice
B. Reechilibrarea volemică și hematică
C. Reducerea hipertensiunii portale
D. Controlul hemoragiei acute variceale esofagogastrice
E. Micșorarea riscului de recidivă a sângerării variceale

44. CM. Criteriile clasificării Child de apreciere a stării funcționale hepatice includ:
A. Bilirubina și albumina serică
B. Ascita, tulburările neurologice
C. Transaminazele, ureea, protrombina
D. Glicemia, transferaza
E. Starea de nutriție

45. CM. Care dintre următoarele afirmații despre șuntul porto-cav realizat în cazurile de urgență sunt adevărate?
A. Se obține o hemostază promptă
B. Trebuie să fie urmat de transplant hepatic
C. Este preferabil șuntul de tip selectiv
D. Nu are contraindicații
E. Mortalitatea postoperatorie este diminuată

46. CM. Răspunsul splinei la hipertensiunea portală, indiferent de sediul obstacolului, este:
A. Splenomegalia
B. Hipervascularizarea cu creșterea presiunii portale prin hiperaflux
C. Hipersplenismul imunologic
D. Ratatinarea splinei
E. Apariția fistulelor arterio-venoase lienale

47. CM. Care din afecțiunile de mai jos pot cauza un obstacol portal prehepatic?
A. Atreziile axului venos portal
B. Flebitele axului venos portal
C. Trombozele axului venos spleno-portal
D. Sindromul Banti
E. Fibroza hepatică

48. CM. Care din afecțiunile de mai jos pot cauza un obstacol portal intrahepatic?
A. Afecțiunile pancreatice
B. Splenomegaliile primitive
C. Tumorile hepatice
D. Ciroza hepatică
E. Sindromul Budd-Chiari

49. CM. Cauzele principale ale obstrucției portale suprahepatice sunt:
A. Sindromul Budd-Chiari
B. Pericardita constrictivă
C. Tromboza venei lienale
D. Fibroza ficatului
E. Ciroza hepatică

50. CS. Prin hemoragie digestivă superioară se înțelege:
A. Pierderea de sânge la nivelul tubului digestiv

- B. Toate hemoragiile care provin din $^1/_3$ distală a esofagului până la unghiul duodeno-jejunal
C. Pierderea de sânge din cavitatea bucală şi faringe
D. Hemoragiile din $^1/_3$ proximală a esofagului
E. Hemoragia din intestinul subţire

***Răspunsuri corecte.* Sindromul de hipertensiune portală**

1 C; 2 D; 3 C; 4 E; 5 ACDE; 6 A; 7 D; 8 C; 9 D; 10 D; 11 C; 12 B; 13 C; 14 D; 15 BDE; 16 C; 17 CE; 18 B; 19 E; 20 DE; 21 E; 22 B; 23 E; 24 B; 25 A; 26 E; 27 B; 28 BE; 29 CD; 30 A; 31 C; 32 C; 33 C; 34 ABC; 35 D; 36 B; 37 A; 38 AD; 39 B; 40 ABE; 41 ABDE; 42 ACE; 43 CDE; 44 ABE; 45 AC; 46 ABC; 47 ABC; 48 CD; 49 AB; 50 B.

4.13. SINDROMUL POSTCOLECISTECTOMIC. ICTERUL MECANIC

1. CM. Care dintre afirmaţiile enumerate pot fi cauzele sindromului postcolecistectomic ?
- A. Confuzia de diagnostic
B. Afecţiunile cardiovasculare
- C. Afecţiunile zonei hepato-pancreatice, drept complicaţii ale colelitiazei
- D. Operaţia incompletă sau inadecvată
- E. Leziunile provocate de gestul chirurgical incorect (leziunile iatrogene)

2. CM. Care dintre semnele enumerate ne orientează în favoarea sindromului postcolecistectomic?
A. Disfagia
- B. Colica biliară
- C. Icterul tranzitoriu
D. Pirozisul
E. Durerile lombare
F. Sindromul asteno-vegetativ

3. CM. Sindromul postcolecistectomic este motivat de următoarele grupe de patologii:
- A. Afecţiunile căii biliare principale şi ale papilei duodenale mari
- B. Afecţiunile ficatului şi pancreasului
- C. Afecţiunile duodenului
D. Maladiile altor organe ale tractului digestiv din vecinătate
E. Toate cele expuse mai sus

4. CM. Care dintre explorările radiologice enumerate ne permit de a stabili cauza sindromului postcolecistectomic?
- A. Colangiografia endoscopică retrogradă
B. Duodenografia cu masă baritată

C. Colangiografia prin rezonanță magnetică-nucleară
D. Colangiografia peroralã
E. Colangiografia transparietohepatică

5. CM. Factorii principali care contribuie la rămânerea bontului cistic lung sau a bontului cistico-vezicular după colecistectomie sunt:
A. Plastronul subhepatic
B. Variantele dificile anatomice
C. Neglijența chirurgului
D. Ciroza hepatică
E. Duodenostaza

6. CM. Cel mai frecvent motivează sindromul postcolecistectomic:
A. Afecțiunile obstructive ale căilor biliare
B. Afecțiunile papilei duodenale mari
C. Afecțiunile duodenului
D. Afecțiunile pancreasului
E. Toate cele enumerate mai sus

7. CS. Tranzitul baritat gastro-duodenal şi duodenografia hipotonă poate obiectiva în sindromul postcolecistectomic:
A. Tumorile regiunii ampulare
B. Semnele indirecte de tumoră pancreatică
C. Tumorile gastrice cu invazie în pedicului hepatic
D. Afecțiunile duodenului
E. Toate cele enumerate mai sus

8. CS. Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă evidențiază în sindromul postcolecistectomic:
A. Papilo-odditele stenozante
B. Litiaza coledociană
C. Stenozele căii biliare principale benigne şi maligne
D. Angiocolita sclerogenă
E. Toate cele enumerate mai sus

9. CM. Complicațiile mai frecvente ale colangiopancreatografiei retrograde sunt, exceptând:
A. Pancreatita acută
B. Traumatismul coledocului intramural
C. Angiocolita acută
D. Hemoragia
E. Colecistita acută

10. CS. În prevenirea sindromului postcolecistectomic are importanță:
A. Diagnosticul complet pre- şi intraoperator
B. Tehnica chirurgicală corectă
C. Tactica chirurgicală cât mai adecvată situației clinice
D. Folosirea colangiografiei intraoperatorii
E. Toate cele enumerate mai sus

11. CM. Ultrasonografia în sindromul postcolecistectomic evidențiază:
A. Dilatarea căilor biliare
B. Coledocolitiaza
C. Duodenostaza
D. Afecțiunile pancreasului
E. Malformațiile congenitale ale ficatului

12. CS. Icterul mecanic este cauzat de următoarele entități patologice, exceptând:
A. Coledocolitiaza
B. Cancerul pancreasului şi al papilei duodenale mari
C. Cancerul hepaticocoledocului şi al veziculei biliare
D. Tumorile maligne primare şi secundare ale ficatului
E. Malrotația duodenală

13. CM. Care sunt cauzele cele mai frecvente ce favorizează apariția icterului mecanic?
A. Coledocolitiaza
B. Maladiile congenitale ale căilor biliare

• C. Cancerul cefalului pancreasului
D. Stricturile traumatice şi inflamatorii ale căilor biliare
E. Afecţiunile parazitare

14. CM. Icterul în cancerul cefalopancreatic are următoarele caractere:
• A. Nuanţa verzuie pământie a tegumentelor
• B. Urina este hipercromă
• C. Scaunele sunt acolice
• D. Pruritul este pronunţat
E. Este precedat de colică

15. CM. În care dintre următoarele situaţii semnul Courvoisier-Terrier lipseşte din tabloul clinic al cancerului cefalo-pancreatic?
• A. Pacientul este colecistectomizat
B. Pacientul are litiază coledociană
• C. Pacientul este cu colecist scleroatrofic
D. Pacientul are ciroză hepatică
• E. Pacientul este obez cu hepatomegalie

16. CM. Utilizarea colecistului pentru realizarea unei derivaţii biliodigestive în cancerul pancreatic şi ampular este condiţionată de:
A. Absenţa durerilor
• B. Existenţa unei distanţe suficiente între joncţiunea cistico-coledociană şi tumoră
• C. Canalul cistic permeabil
D. Absenţa invaziei tumorale a stomacului
E. Lipsa adenopatiilor tumorale peripancreatice

17. CM. Care dintre semnele enumerate sunt caracteristice pentru un icter mecanic benign?
A. Icterul este progresiv
• B. Icterul este fluctuent
C. Icterul se instalează fără a fi precedat de colice
• D. Colica precede icterul

E. Prezenţa semnului Courvoisier-Terrier

18. CM. Care din procedeele paraclinice enumerate nu sunt practicabile la un pacient cu bilirubinemia mai mare de 30 µmol/l?
A. Ecografia
• B. Colangiografia intravenoasă
C. Colangiografia retrogradă endoscopică
• D. Colangiografia perorală
E. Scintigrafia biliară

19. CM. Pentru icterul mecanic sunt caracteristici următorii indici de laborator:
• A. Nivelul crescut al bilirubinei directe
• B. Nivelul crescut al fosfatazei alcaline
• C. Nivelul crescut al colesterolului
D. Nivelul crescut al aminotransferazelor
E. Nivelul crescut al urobilinei în urină

20. CM. Care dintre procedeele enumerate sunt aplicate pentru decompresiunea preoperatorie a căilor biliare în icterul mecanic complicat cu angiocolită purulentă?
• A. Drenarea nazo-biliară
• B. Papilosfincterotomia endoscopică
• C. Coledocoduodenostomia suprapapilară endoscopică
D. Litotriţia cu unde de şoc
• E. Colangiohepatostomia percutană

21. CS. Care dintre metodele chirurgicale de restabilire a pasajului bilei în tractul digestiv pentru tumorile zonei hepato-pancreato-duodenale sunt aplicabile, exceptând?
A. Anastomozele biliodigestive cu extirparea tumorii
B. Anastomozele biliodigestive de ocolire
C. Stentarea transtumorală a căilor biliare
D. Drenarea externă asociată cu microjejunostomie Delani

• E. Pancreatojejunostomia

22. CM. Metodele definitive endoscopice practicate pentru rezolvarea icterului mecanic benign:
• A. Papilosfincterotomia
• B. Papilosfincterotomia cu litextracție
C. Colangiohepatostomia percutană
D. Drenarea nazo-biliară
• E. Colangioduodenostomia suprapapilară

23. CM. Indicații pentru drenarea externă în operațiile efectuate pe căile biliare sunt:
• A. Angiocolita acută purulentă
• B. Anastomozele biliodigestive defectuoase
• C. Nesiguranța restabilirii definitive a fluxului biliar în tractul digestiv
D. Metastazele în ficat în icterul malign
E. Malrotația duodenală

24. CM. În care din afecțiunile enumerate este practicată operația de electie hepatico-coledoco-jejunoanastomoză pe ansă a la Roux?
• A. Stricturi traumatice ale hepaticocoledocului
B. Calcul inclavat în papilă
• C. Tumori maligne rezecabile ale coledocului
D. Calculi multipli ai hepaticocoledocului
E. Stenoza Oddiană benignă

25. CS. Care din afirmațiile enumerate sunt caracteristice pentru angiocolita acută?
A. Febră cu curbă termică de tip hectic
B. Febră cu frisoane
C. Transpirații abundente, senzații de sete
D. Hepatomegalie
• E. Toate cele enumerate mai sus

26. CM. Icterul intermitent este caracteristic pentru următoarele afecțiuni, exceptând:
• A. Tumoarea malignă a hepaticocoledocului
• B. Calcul al veziculei biliare cu inclavare în ductul cistic
• C. Inclavarea calculului coledocian în papila duodenală mare
D. Calcul ventil al coledocului
E. Tumoare a papilei Vater

27. CM. O tumoră a cefalopancreasului se poate autentifica pe baza semnelor clinice şi paraclinice:
• A. Dilatarea arborelui biliar integru
• B. Veziculă biliară mărită, tensionată
• C. Prurit cutanat
• D. Bilirubinemie pe contul bilirubinei directe
E. Anemie

28. CS. Calea biliară principală trebuie examinată intraoperator obligatoriu la pacienții cu următoarele patologii, exceptând:
A. Icterul mecanic
B. Pancreatita cronică pseudotumoroasă cu icter concomitent
C. Dilatarea hepaticocoledocului
D. Coledocolitiaza
• E. Diverticulul duodenal

29. CM. Triada Charcot include următoarele, exceptând:
A. Febra cu frisoane
B. Icterul tegumentar
• C. Palparea unei formațiuni în hipocondrul drept
D. Dureri în hipocondrul drept
• E. Semne de duodenostază

30. CS. Icterul obstructiv malign este exprimat, de regulă, prin următoarele semne, exceptând:
• A. Febra cu frisoane

B. Icterul
C. Pierderea ponderală
D. Pruritul cutanat
E. Semnele dispeptice

31. CM. Icterul mecanic congenital este cauzat de următoarele entități patologice, exceptând:
A. Agenezia de căi biliare
B. Boala Caroli
*C. Fasciola hepatică
*D. Anevrismele arteriale hepatice
E. Chisturile de hepaticocoledoc

32. CS. Care este elementul anatomic principal al explorării intraoperatorii la un bolnav cu icter mecanic?
A. Ficatul
B. Splina
C. Duodenul
*D. Coledocul
E. Colonul drept

33. CM. Care din următoarele intervenții reprezintă derivații biliodigestive interne?
*A. Colecisto-gastroanastomoza
*B. Coledoco-duodenoanastomoza
C. Coledocotomia cu drenaj Kher
*D. Coledoco-jejunoanastomoza
*E. Colecisto-jejunoanastomoza

34. CM. Pentada Dargan-Raynold, ce caracterizează angiocolitele, este reprezentată de:
*A. Triada Vilard-Charcot
*B. Hipotonie
*C. Encefalopatie

D. Ascită
E. Hemoragii gastrointestinale

35. CM. Care din următoarele afirmații despre angiocolita icteroureminigenă sunt adevărate?
*A. Se caracterizează prin insuficiență hepato-renală progresivă
B. Exclude litiaza căii biliare principale
C. Necesită pregătire preoperatorie îndelungată
*D. Necesită urgent decompresia arborelui biliar cu antibioterapie forte
E. În cazurile foarte grave se indică derivațiile bilio-digestive

36. CS. Care din căile de pătrundere a infecției în căile biliare este principală?
A. Calea arterială
*B. Calea venoasă
C. Calea limfatică
D. Din duoden
E. Prin șunturile arterio-venoase

37. CM. Printre cele mai constante simptome de angiocolită supurată se înregistrează:
*A. Febra
*B. Durerile în abdomen
*C. Icterul
D. Șocul septic
E. Dereglările cerebrale

38. CS. Care este cea mai eficientă explorare în litiaza reziduală coledociana?
A. Colangiografia intravenoasă
B. Ultrasonografia
C. Tomografia computerizată
*D. Colangiografia endoscopică retrogradă

E. Colangiomanometria

39. CS. Următoarele afecțiuni pot fi însoțite de hiperbilirubinemie conjugată, exceptând:
A. Cancerul de cap de pancreas
B. Litiaza coledociană
C. Chistul hidatic erupt în caile biliare
D. Sindromul Gilbert
E. Ampulomul Vaterian

40. CS. Simptomele coledocolitiazei includ următoarele, exceptând:
A. Icterul
B. Ascita
C. Colica hepatică
D. Febra
E. Sindromul dispeptic

41. CS. Evidențierea radiologică a aerului în căile biliare orientează diagnosticul spre:
A. Coledocolitiază
B. Colecistul restant calculos
C. Fistula bilio-digestivă
D. Fistula bilio-biliară
E. Diverticulul duodenal

42. CS. În angiocolita supurată metoda terapeutică de elecție practicată pentru pregătirea preoperatorie este:
A. Antibioterapia
B. Plasmofereza
C. Lavajul gastric și diureza forțată
D. Decompresiunea căilor biliare
E. Corecția metabolismului proteic

43. CS. Pentru tratamentul calculilor reziduali ai coledocului metoda de elecție o constituie:
A. Papilosfincterotomia endoscopică cu litextracție
B. Aplicarea solvenților de contact
C. Tratamentul medical
D. Litotriția extracorporală
E. Intervenția chirurgicală prin laparotomie și coledocolitotomie

44. CM. Dintre factorii ce favorizează apariția angiocolitei supurative, cei mai importanți sunt:
A. Duodenostaza
B. Neoplasmul coledocului
C. Coledocolitiaza
D. Stenozele anastomozelor biliodigestive
E. Stricturile posttraumatice ale hepaticocoledocului

45. CS. Litiaza coledociană se poate complica cu următoarele afecțiuni, exceptând:
A. Oddita
B. Ulcerul duodenal
C. Pancreatita cronică
D. Angiocolita acută
E. Ciroza biliară secundară

Răspunsuri corecte. **Sindromul postcolecistectomic. Icterul mecanic**

1 ACDE; 2 BC; 3 ABC; 4 ACE; 5 ABC; 6 AB; 7 E; 8 E; 9 BD; 10 E; 11 ABDE; 12 E; 13 AC; 14 ABCD; 15 ACE; 16 BC; 17 BD; 18 BD; 19 ABC; 20 ABCE; 21 E; 22 ABE; 23 ABC; 24 AC; 25 E; 26 ABC; 27 ABCD; 28 E; 29 CE; 30 A; 31 CD; 32 D; 33 ABDE; 34 ABC; 35 AD; 36 B; 37 ABC; 38 D; 39 D; 40 B; 41 C; 42 D; 43 A; 44 CDE; 45 B.

4.14. PANCREATITA CRONICĂ

1. CS. Care din următoarele leziuni este leziunea anatomopatologică fundamentală a pancreatitei cronice?
   A. Litiaza wirsungiană
   B. Necroza
   C. Fibroscleroza
   D. Supurația
   E. Pseudochisturile

2. CS. Care din următoarele situații prezente la radiografia abdominală pe gol este specifică pancreatitei cronice?
   A. Ansa sentinella
   B. Calcificările în aria pancreatică
   C. Aerocolia
   D. Imaginile hidroaerice
   E. Stenoza wirsungiană

3. CS. Care din următoarele acțiuni dietetice are o importanță deosebită în tratamentul pancreatitei cronice?
   A. Aportul crescut de vitamine
   B. Aportul crescut de proteine
   C. Reducerea rației de glucide
   D. Renunțarea la alcool
   E. Creşterea aportului de vegetale

4. CS. Care din următoarele mijloace de tratament medicamentos poate ameliora simptomatologia pancreatitei cronice?
   A. Vasodilatatoarele
   B. Vitaminele
   C. Enzimele pancreatice de substituție
   D. Colereticele
   E. Propanololul

5. CS. Care din următoarele indicații este principală pentru tratamentul chirurgical al pancreatitei cronice?
   A. Scăderea ponderală
   B. Hipertensiunea portală
   C. Pseudochisturile
   D. Durerea
   E. Calcificările pancreatice

6. CS. Care din următoarele situații constituie o indicație pentru operația Puestow (wirsungo-jejunostomie)?
   A. Pseudochisturile multiple
   B. Pseudochisturile infectate
   C. Canalul Wirsung dilatat
   D. Canalul Wirsung nedilatat
   E. Nici una din cele enumerate mai sus

7. CM. Care din următorii factori sunt incriminați în etiologia pancreatitei cronice?
   A. Obstacolul canalar
   B. Alcoolismul
   C. Hipertensiunea portală
   D. Denutriția
   E. Litiaza biliară

8. CM. Care din următoarele semne clinice pot fi depistate în pancreatita cronică?
   A. Durerea
   B. Icterul
   C. Steatoreea
   D. Anemia
   E. Scăderea ponderală

9. CM. Care din următoarele semne de pancreatită cronică pot fi evidențiate prin tomografie computerizată?
- A. Pseudochisturile
- B. Îngustarea coledocului terminal
- C. Canalul Wirsung dilatat
- D. Spasmul oddian
- E. Microlitiaza coledocului terminal

10. CM. Care din următoarele semne pot fi complicații ale unui pseudochist pancreatic?
- A. Ruptura în cavitatea peritoneală
- B. Hemoragia intrachistică
- C. Eroziunea arterei aortei
- D. Stenoza digestivă
- E. Abcedarea

11. CM. Care din următoarele metode sunt metode de tratament ale unui pseudochist pancreatic format?
- A. Alcoolizarea
- B. Excizia
- C. Drenajul intern
- D. Distrucția cu laser
- E. Drenajul extern

12. CM. Care din următoarele metode pot fi aplicate în tratamentul ascitei pancreatice?
- A. Nutriția parenterală
- B. Paracenteza
- C. Diureticele
- D. Propranololul
- E. Tratamentul chirurgical

13. CM. Care din următoarele complicații ale pancreatitei cronice pot necesita un tratament chirurgical?
- A. Obstrucția biliară
- B. Litiaza wirsungiană cu dilatarea canalului Wirsung și sindromul algic pronunțat
- C. Stenoza digestivă
- D. Puseele repetate de pancreatită acută
- E. Hipertensiunea portală

14. CS. Metoda de elecție în tratamentul pseudochistului post-necrotic al pancreasului până la 3 luni este:
- A. Drenajul extern
- B. Derivațiile chistodigestive
- C. Drenajul canalului Wirsung
- D. Splenopancreatectomia stângă
- E. Pancreatectomia totală

15. CS. Cancerul capului de pancreas se traduce prin următoarele fenomene, exceptând:
- A. Icterul progresiv
- B. Vezicula mare palpabilă
- C. Pruritul
- D. Angiocolita
- E. Ficatul atrofic

16. CM. Pseudochistul pancreatic nesupurat se manifestă prin:
- A. Sindrom algic
- B. Febră
- C. Simptomatică locală
- D. Intoxicație
- E. Tumoră abdominală

17. CS. Care metodă de tratare a pseudochistului pancreatic format este preferabilă?
A. Extirparea
B. Marsupializarea
C. Drenajul transparietal
• D. Derivația internă
E. Nici una din cele expuse mai sus

18. CS. Explorarea exhaustivă a pancreasului prevede următoarele situații, exceptând:
A. Mobilizarea duodenului după Koher
B. Secționarea ligamentului gastrocolic
C. Mobilizarea splinei împreună cu porțiunea caudală a pancreasului
D. Secționarea micului epiploon
• E. Secționarea ligamentului Teres

19. CS. Alegeți volumul optim al intervenției chirurgicale la un pseudochist pancreatic format fără semne de abcedare:
A. Drenarea externă
• B. Chistojejunoanastomoza
C. Rezecția pancreasului și extirparea chistului
D. Excizia pereților chistului
E. Marsupializarea chistului

20. CS. Indicați termenul optim de tratament chirurgical al pseudochistului pancreatic:
A. Imediat după stabilirea diagnosticului
B. După jugularea semnelor de pancreatită acută
C. Peste 1–2 luni după accesul pancreatitei acute
D. Peste 2–3 luni după accesul pancreatitei acute
• E. Peste 3–4 luni după accesul pancreatitei acute

21. CS. Alegeți semnul morfologic specific pentru chistul pancreatic adevărat:
A. Conținutul chistului în formă de gel
B. Prezența septelor în chist
C. Forma sferică a chistului
D. Lipsa schimbărilor inflamatoare în porțiunea pancreasului neafectată cu chist
• E. Prezența stratului epitelial pe suprafața internă a chistului

22. CS. Care operație din cauza pancreatitei cronice indurative cu dereglări ale permeabilității ductului pancreatic principal se asociază cu efect curativ pozitiv?
A. Corecția permeabilității papilei Vater
B. Intervenția la sistemul nervos vegetativ
C. Rezecția pancreasului
• D. Pancreatojejunoanastomoza longitudinală
E. Pancreatectomia

23. CS. Alegeți factorul care indică timpul intervenției chirurgicale urgente la chistul pancreatic:
A. Prezența chistului
B. Comprimarea stomacului
• C. Pericolul erupției chistului, infectarea conținutului chistului, hemoragia în chist
D. Comprimarea intestinului
E. Mărirea spațiului retrogastral la R-scopia stomacului

24. CS. Indicați termenul optim al intervenției chirurgicale la fistula pancreatică:
A. Peste 2 săptămâni după formarea fistulei
B. Peste 1–2 luni
C. Peste 2–3 luni
• D. Peste 3–4 luni
E. Peste 6 luni

25. CS. În normă, presiunea în canalul Wirsung constituie:
- A. 300–500 mm H_2O
- B. 250–450 mm H_2O
- C. 100–150 mm H_2O
- D. 50–10 mm H_2O
- E. 700–800 mm H_2O

26. CS. Toate afirmațiile privind patogenia PC sunt corecte, exceptând:
- A. Există o corelație directă între riscul dezvoltării PC și consumul zilnic de alcool
- B. Pancreatita alcoolică este caracteristică pentru persoanele care consumă alimente cu conținut mic de grăsimi și proteine
- C. Calcemia, ce se dezvoltă acut, este un stimulator potențial al secreției enzimelor
- D. Produsele alimentare cu conținut scăzut de zinc, cupru și seleniu, folosite în alimentare în țările în curs de dezvoltare, contribuie la dezvoltarea pancreatitei tropice
- E. Pancreatita alcoolică este caracteristică pentru persoanele care consumă alimente cu conținut sporit de grăsimi și proteine

27. CS. Toate afirmațiile despre pseudochistul pancreatic sunt veridice, exceptând:
- A. În lipsa complicațiilor, drenarea chistului poate fi efectuată atunci când dimensiunile acestuia sunt mai mari de 6 cm și dacă el persistă mai mult de 6 săptămâni
- B. Pseudochisturile cu dimensiuni normale ale ductului pancreatic pot fi tratate prin drenarea transcutană
- C. Pseudochistul situat mai proximal de strictura ductului pancreatic necesită drenare transcutană
- D. Pseudochistul localizat în cefalul pancreasului poate fi drenat endoscopic prin papila duodenală mare sau mică
- E. În caz de apariție a complicațiilor supurative ale pseudochistului, se efectuează drenarea externă

28. CM. Deși i se administrează câte 4 pastile de pancreolipază (4500 IU lipază/pastilă), la fiecare alimentație, un pacient de 42 de ani, cu pancreatită cronică complicată cu steatoree, continuă să aibă diaree. Alegeți cauzele posibile ale steatoreei:
- A. Activitatea insuficientă a lipazei în dozele prezente
- B. Inactivarea lipazei în stomac
- C. Contaminarea bacteriană nediagnosticată
- D. Folosirea cimetidinei
- E. Folosirea Omeprazolului

29. CM. Alegeți afirmațiile corecte despre chisturile congenitale:
- A. Ele se deosebesc de pseudochisturi prin prezența stratului epitelial
- B. Dacă sunt solitare, reprezintă o tumoră abdominală
- C. Chisturile multiple rar se asociază cu alte anomalii congenitale
- D. Examenul electiv este ultrasonografia abdominală
- E. Examenul electiv este colangiografia percutanată transhepatică

30. CS. O pacientă de 55 de ani, în decurs de 1 an, suferă de diaree apoasă, ce inițial a avut un caracter intermitent în timp de câteva zile și dispărea de sine stătător. Rezultatele cercetărilor bacteriene și ale investigațiilor pentru invazii de helminți erau negative. Colonoscopia cu biopsie a diferitelor porțiuni ale colonului nu a depistat cauza histopatologică a diareii. A fost stabilit diagnosticul de sindrom al colonului iritat. Pacienta acuză diaree permanentă în volum mare, apoasă, fără urme sanguine, pierdere ponderală considerabilă. Diareea nu are legătură cu actul alimentării și mai des are un caracter nocturn. Datele inspecției obiective – fără deosebiri. Datele de laborator: Hb: 120 g/L, K^+: 2,8 mEq/L, Na^+: 134 mEq/L, Ureea: 12 mmol/L, CO_2: 30 mEq/L, Leucocite: 8600/cm^3, Glicemia: 11,5 mmol/L, Cl^-: 95 mEq/l, Ht: 36%, Creatinina: 100 mmol/L. Care ar fi investigația următoare necesară în cazul dat?
- A. Determinarea nivelului seric al polipeptidei vasoactive intestinale

B. Nivelul seric al gastrinei
C. Nivelul seric al somatostatinei
• D. Aprecierea cantitativă a scaunului şi electroliţilor în timpul foamei pacientei
E. Examenul ultrasonor al organelor cavităţii abdominale

31. CS. O pacienta de 55 de ani, în decurs de 1 an, suferă de diaree apoasă, ce iniţial a avut un caracter intermitent în timp de câteva zile şi disparea de sine stătător. Rezultatele cercetărilor bacteriene şi ale investigaţiilor pentru invazii de helminţi sunt negative. Colonoscopia cu biopsie a diferitelor porţiuni ale colonului nu a depistat cauza histopatologică a diareii. A fost stabilit diagnosticul de sindrom al colonului iritat. Pacienta acuză diaree permanentă în volum mare, apoasă, fără urme sanguine, pierdere ponderală considerabilă. Diareea nu are legătură cu actul alimentării şi mai des poartă un caracter nocturn. Datele inspecţiei obiective – fără deosebiri. Datele de laborator: Hb: 120 g/L, K^+: 2,8 mEq/L, Na^+: 134 mEq/L, Ureea: 12 mmol/L, CO_2: 30 mEq/L, Leucocite: 8600/cm^3, Glicemia: 11,5 mmol/L, Cl^-: 95 mEq/l, Ht: 36%, Creatinina: 100 mmol/L. Dacă pacientei date i-ar fi fost efectuată pH-metria gastrică, care ar fi rezultatul examinării?
A. pH 1–2
B. pH 3–4
• C. pH 5–6
D. pH 7–8
E. pH 6–7

32. CS. O doamnă în vârstă de 46 de ani, cu anamneză alcoolică şi pancreatită cronică, timp de 1 lună, acuză dureri abdominale progresive. Ce investigaţie este necesar de a efectua în primul rând?
• A. Examenul ultrasonor
B. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
C. Testele funcţionale pancreatice
D. Tomografia computerizată

E. E. Determinarea CA 19–9 seric

33. CM. Inflamaţia neurală intrapancreatică joacă un rol important în geneza durerilor în PC. Alegeţi afirmaţiile corecte:
• A. Histologic, nervii pancreatici în PC devin mai mari în dimensiuni şi multipli în număr
• B. Inflamaţia cronică determină întreruperea perinervului cu expoziţia ţesutului nervos către ţesutul conjunctiv adiacent
• C. Organizarea organelelor intraneurale – microtubulii – este întreruptă
D. Substanţa P paradoxal se micşorează în nervii pancreatici aferenţi la pacienţi cu PC
E. Vitamina E paradoxal se micşorează în nervii pancreatici aferenţi la pacienţi cu PC

34. CM. Care din afirmaţiile următoare, referitoare la sindromul algic în caz de PC, sunt corecte?
A. Dezvoltarea sindromului algic coincide cu dezvoltarea insuficienţei exocrine a pancreasului
• B. Micşorarea presiunii intraductale prin chirurgie decompresivă poate micşora durerile la pacienţii selectaţi
• C. Alterarea nervilor peripancreatici la examenul histologic este demonstrată la pacienţii cu PC
• D. Blocada plexului celiac conduce numai la ameliorarea limitată la majoritatea pacienţilor cu PC
E. Dezvoltarea sindromului algic coincide cu dezvoltarea insuficienţei endocrine a pancreasului

35. CM. Care din afirmaţiile următoare referitoare la abcesele pancreatice sunt corecte?
• A. Sunt asociate cu dezvoltarea plămânului de şoc
B. Pot fi prevenite prin administrarea profilactică a antibioticelor cu spectru larg
• C. Este indicat tratamentul chirurgical în mod urgent cu debridarea ţesutului necrotic

D. Diagnosticul poate fi stabilit prin puncție percutanată cu ac fin a lichidului peripancreatic
E. Tratamentul chirurgical constă în aplicarea anastomozelor interne

36. CM. Care din următoarele afirmații, referitoare la pseudochistul pancreatic, sunt corecte?
A. În lipsa complicațiilor, drenarea pseudochistului trebuie se fie limitată la cazurile când pseudochistul are dimensiuni mai mari de 6 cm şi persistă mai mult de 6 săptămâni
B. Pseudochistul asociat cu ductul pancreatic normal poate fi tratat şi prin drenarea percutanată
C. Pseudochistul, localizat proximal de strictura ductului pancreatic, trebuie se fie drenat percutanat
D. Pseudochistul, localizat în capul pancreasului, poate fi drenat endoscopic prin papila duodenală mare sau mică
E. În caz de apariție a complicațiilor purulente ale pseudochistului, se efectuează drenarea externă

37. CS. Cel mai important test pentru a diferenția ascita pancreatică de cea cirogenă este:
A. Paracenteza abdominală
B. Ultrasonografia abdominală
C. Tomografia computerizată
D. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
E. Colangiografia percutanată transhepatică

38. CS. Hipertensiunea pancreatică poate fi cauzată de:
A. Calculi în vezicula biliară
B. Calculi în ductul hepatic comun
C. Calculi în ductul cistic
D. Calculi inclavați în papila duodenală mare
E. Toate cele enumerate mai sus

39. CM. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la dezvoltarea pancreatitei alcoolice:
A. Creşterea concentrației enzimelor proteice în sucul pancreatic
B. Creşterea fluxului sanguin pancreatic
C. Creşterea permeabilității ducturilor pancreatice
D. Precipitarea de calciu în ducturile pancreatice
E. Spasmul sfincterului Oddi

40. CS. La un pacient cu sindromul Zollinger-Ellison s-a depistat neoplazia endocrină multiplă tip I (sindromul MEN I). Tratamentul adecvat al simptomelor ulceroase va fi:
A. Cimetidina
B. Omeprazolul
C. Rezecția pancreatică
D. Streptozocina
E. Gastrectomia totală

41. CS. Pentru tratamentul pseudochistului cefalopancreatic se folosesc toate procedeele chirurgicale enumerate, exceptând:
A. Chistoduodenostomia
B. Chistogastrostomia
C. Chistojejunostomia
D. Extirparea segmentului pancreatic afectat
E. Drenarea externă

42. CS. Efectul cel mai important, în caz de insuficiență pancreatică exocrină, este scăderea absorbției de:
A. Calciu
B. Glucide
C. Grăsimi
D. Vitamine
E. Proteine

43. CS. Pancreatografia, efectuată la un pacient în vârstă de 54 de ani şi care suferă de etilism cronic, arată semnul "salbei de lacuri". Rezolvarea chirurgicală adecvată va fi:
A. Colecistectomia cu revizia coledocului
B. Colecistectomia cu sfincteroplastie
• C. Deschiderea longitudinală a ductului pancreatic şi aplicarea pancreaticojejunostomiei laterolaterale (longitudinale)
D. Rezecţia cozii pancreasului şi aplicarea pancreatico-jejunostomiei
E. Pancreatectomia totală

44. CS. Toate afirmaţiile referitoare la secretină sunt corecte, exceptând:
A. Secretina este stimulatorul major al secreţiei lichidului pancreatic şi al bicarbonaţilor
B. Micşorarea pH-lui duodenal până la 4,5 şi mai puţin conduce la stimularea eliberării secretinei
• C. Secretina stimulează secreţia enzimelor pancreatice
D. Celulele ce produc secretină sunt localizate în porţiunea proximală a intestinului subţire
E. Colecistokinina potenţează efectul stimulator al secretinei asupra secreţiei bicarbonaţilor

45. CM. Alegeţi afirmaţiile corecte referitoare la anatomia pancreasului:
• A. Cervixul pancreatic este situat anterior, fiind legat intim cu joncţiunea venelor mezenterică superior şi lienalis, care formează partea caudală a venei portă
B. Corpul pancreatic este situat retroperitoneal şi localizat posterior de aortă
• C. Porţiunea antrală şi corpul stomacului contactează cu suprafaţa anterioară a pancreasului
• D. Porţiunea medie a corpului pancreatic este situată la nivelul L_1- L_2
E. Porţiunea medie a corpului pancreatic este situată la nivelul Th_9- L_{10}

46. CS. Toate afirmaţiile referitoare la insulițele Langerhans sunt corecte, exceptând:
A. 75%–80% din celulele insulițelor sunt β-celule, care secretă insulină
B. 10–20% din celulele insulițelor sunt celule α, care secretă glucagon
• C. 5% din celulele insulițelor sunt celule delta, care secretă polipeptidă pancreatică
D. Celulele enterocromafine produc 5-hydroxytryptamine
E. Celulele PP produc polipeptidă pancreatică

47. CM. Markerii, ce permit diferenţierea patologiei benigne a pancreasului de un adenocarcinom, sunt:
• A. CA 19–9
• B. CA 125
• C. Antigenul carcinoembrionic
D. Testul de inhibiţie a adeziunii leucocitare
E. Secretina

48. CS. Toate afirmaţiile referitoare la dezvoltarea pancreatitei alcoolice sunt corecte, exceptând:
A. Concentraţia crescută a enzimelor în sucul pancreatic
• B. Creşterea fluxului sanguin pancreatic
C. Creşterea permeabilităţii ducturilor pancreatice
D. Precipitaţia calciului în ducturile pancreatice
E. Spasmul sfincterului Oddi

49. CS. Icterul la pacienţii cu pancreatite acute poate fi cauzat de:
• A. Compresiunea coledocului cu ţesut pancreatic
B. Duodenostază
C. Coledocolitiază
D. Hepatita pancreatogenă
E. Toate cele enumerate mai sus

50. CS. La un pacient cu scădere ponderală şi dureri abdominale situate adânc, dar fără icter, se suspectează adenocarcinomul pancreatic. Testul diagnostic informativ pentru examenul inițial va fi:
A. Angiografia
• B. Tomografia computerizată
C. Laparoscopia
D. Rezonanța magnetică nucleară
E. Ultrasonografia

Răspunsuri corecte. **Pancreatita cronică**

1 C; 2 B; 3 D; 4 C; 5 D; 6 C; 7 ABDE; 8 ABCE; 9 AC; 10 ABDE; 11 BCD; 12 ABE; 13 ABCE; 14 A; 15 E; 16 BD; 17 D; 18 E; 19 B; 20 E; 21 E; 22 D; 23 C; 24 D; 25 A; 26 B; 27 C; 28 ABC; 29 ABD; 30 D; 31 C; 32 A; 33 ABC; 34 BCD; 35 ACD; 36 ABDE; 37 A; 38 D; 39 ACDE; 40 B; 41 D; 42 C; 43 C; 44 C; 45 ACD; 46 C; 47 ABC; 48 B; 49 A; 50 B.

4.15. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE INTESTINULUI SUBȚIRE

1. CS. Care este complicația cea mai frecventă a unui diverticul Meckel?
• A. Divetriculita
B. Ocluzia intestinală
C. Malignizarea
D. Hernia Littré strangulată
E. Hemoragia digestivă

2. CS. În infarctul intestino-mezenteric sunt adevărate următoarele afirmații, exceptând:
A. Durerea periombilicală violentă
B. Vărsăturile
C. Starea generală alterată
D. Colapsul precoce
• E. Zgomotele peristaltice hiperactive

3. CS. Care este excepția clinică cea mai frecventă în tumorile intestinului subțire?
A. Hemoragia digestivă
B. Perforația
C. Tumora palpabilă
• D. Ocluzia intestinală
E. Tulburările dispeptice

4. CS. Ce tratament este indicat în complicațiile bolii Crohn?
A. Antibioticele
B. Salozopirina
• C. Tratamentul chirurgical
D. Metronidazolul
E. Radioterapia

50. CS. La un pacient cu scădere ponderală şi dureri abdominale situate adânc, dar fără icter, se suspectează adenocarcinomul pancreatic. Testul diagnostic informativ pentru examenul inițial va fi:
A. Angiografia
• B. Tomografia computerizată
C. Laparoscopia
D. Rezonanța magnetică nucleară
E. Ultrasonografia

Răspunsuri corecte. **Pancreatita cronică**

1 C; 2 B; 3 D; 4 C; 5 D; 6 C; 7 ABDE; 8 ABCE; 9 AC; 10 ABDE; 11 BCD; 12 ABE; 13 ABCE; 14 A; 15 E; 16 BD; 17 D; 18 E; 19 B; 20 E; 21 E; 22 D; 23 C; 24 D; 25 A; 26 B; 27 C; 28 ABC; 29 ABD; 30 D; 31 C; 32 A; 33 ABC; 34 BCD; 35 ACD; 36 ABDE; 37 A; 38 D; 39 ACDE; 40 B; 41 D; 42 C; 43 C; 44 C; 45 ACD; 46 C; 47 ABC; 48 B; 49 A; 50 B.

4.15. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE INTESTINULUI SUBȚIRE

1. CS. Care este complicația cea mai frecventă a unui diverticul Meckel?
• A. Divetriculita
B. Ocluzia intestinală
C. Malignizarea
D. Hernia Littré strangulată
E. Hemoragia digestivă

2. CS. În infarctul intestino-mezenteric sunt adevărate următoarele afirmații, exceptând:
A. Durerea periombilicală violentă
B. Vărsăturile
C. Starea generală alterată
D. Colapsul precoce
• E. Zgomotele peristaltice hiperactive

3. CS. Care este excepția clinică cea mai frecventă în tumorile intestinului subțire?
A. Hemoragia digestivă
B. Perforația
C. Tumora palpabilă
• D. Ocluzia intestinală
E. Tulburările dispeptice

4. CS. Ce tratament este indicat în complicațiile bolii Crohn?
A. Antibioticele
B. Salozopirina
• C. Tratamentul chirurgical
D. Metronidazolul
E. Radioterapia

5. CS. Prezența unui diverticul Meckel într-un sac herniar se numește:
- A. Hernie Littré
- B. Hernie Richter
- C. Hernie Spiegel
- D. Hernie Morgagni
- E. Hernie Gardner

6. CS. Cea mai frecventă indicație pentru tratamentul operator în boala Crohn o constituie:
- A. Evoluția îndelungată a bolii
- B. Recidiva ordinară
- C. Ocluzia intestinală
- D. Fistulele externe
- E. Hemoragiile digestive masive

7. CS. Care este localizarea cea mai frecventă a tumorilor carcinoide?
- A. Intestinul subțire
- B. Apendicele vermicular
- C. Colonul
- D. Rectul
- E. Stomacul

8. CS. Tratamentul de elecție în tumorile carcinoide intestinale include:
- A. Radioterapia
- B. Chimioterapia
- C. Combinarea chimioterapiei şi radioterapiei
- D. Chirurgia urmată de radioterapie
- E. Rezecția intestinală

9. CS. Semne radiologice asemănătoare cu cele din boala Crohn pot fi identificate şi în:
- A. Rectocolita ulcero-hemoragică şi purulentă
- B. Enterita necrozantă
- C. Tuberculoza ileocecală

- D. Cancerul cecului
- E. Actinomicoza cecală

10. CS. Mecanismul cel mai frecvent al ocluziei în tumorile intestinului subțire este:
- A. Volvulusul
- B. Aderențele
- C. Invaginația
- D. Spasmul
- E. Mecanismul mixt

11. CM. Tabloul clinic al ocluziei intestinale include următoarele semne clinice:
- A. Durere abdominală colicativă
- B. Vărsături
- C. Oprirea tranzitului de gaze
- D. Meteorismul abdominal
- E. Zgomote hidroaerice

12. CM. Examenul radiografic pe gol al abdomenului în ocluzia intestinală mecanică poate confirma următoarele:
- A. Distensia gazoasă a intestinului subțire
- B. Nivele hidroaerice
- C. Pneumoperitoneul
- D. Aerobilia
- E. Ştergerea umbrei psoasului

13. CM. În ocluzia intestinală mecanică deshidratarea este determinată de următoarele cauze:
- A. Acumulări de lichid în intestin
- B. Pierderea ionilor de sodiu
- C. Vărsături
- D. Transvazarea apei în cavitatea peritoneală
- E. Pierderea ionilor de clor

14. CM. Pentru embolia arterei mezenterice superioare sunt caracteristice următoarele semne clinice:
- A. Semnele funcționale de ocluzie
- B. Semnele generale de hemoragie
- C. Vărsăturile rare
- D. Meteorismul
- E. Tumefacția mată cu contur șters

15. CM. Care din următoarele cauze pot determina un ileus paralitic?
- A. Fitobezoarii
- B. Colica renală
- C. Peritonita
- D. Volvulusul
- E. Supurația retroperitoneală

16. CM. Ce semne radiologice se depistează în ocluzia ileală?
- A. Imaginea hidroaerică unică periombilicală
- B. Imaginile aerice periferice
- C. Nivelele sub formă de arcuri orizontale
- D. Conturul boselat
- E. Distensia cadrului colic

17. CM. Ce afirmații referitoare la infarctul intestino-mezenteric sunt adevărate?
- A. Tabloul clinic este dominat de durere
- B. Durerea pornește din regiunea lombară
- C. Pulsul este frecvent și TA majorată
- D. Abdomenul este suplu, cu matitate pe flancuri
- E. La auscultația abdomenului nu se înregistrează zgomote

18. CM. Diverticulul Meckel poate să:
- A. Conțină țesut ectopic gastric
- B. Determine hemoragie digestivă
- C. Conțină tumoră carcinoidă

- D. Determine ocluzie intestinală
- E. Ajungă într-un sac de hernie inghinală

19. CM. Cele mai indicate operații în boala Crohn sunt:
- A. Derivațiile externe
- B. By-pass cu excluderea segmentului afectat
- C. Rezecțiile intestinale limitate
- D. Rezecții întinse de intestin subțire
- E. Colectomia totală

20. CM. Ce semne clinice nu confirmă ocluzia mecanică a intestinului subțire?
- A. Vărsăturile precoce
- B. Absența meteorismului
- C. Alterarea stării generale
- D. Sindromul Koning
- E. Contractura musculară

21. CM. Ce semne se pot citi pe o radiografie simplă efectuată unui bolnav în ortostatism cu sindrom ocluziv?
- A. Nivele hidroaerice numeroase și centrale
- B. Pneumoperitoneu
- C. Distensie gazoasă a unei anse intestinale
- D. Imagini hidroaerice în "trepte de scară"
- E. Imagine hidroaerică în „omega" ce ocupă ½ inferioară a abdomenului

22. CM. Enterita tuberculoasă se manifestă clinic mai frecvent prin următoarele semne clinice:
- A. Subocluzie intestinală
- B. Tumoră abdominală
- C. Diaree
- D. Hemoragie digestivă masivă
- E. Poate mima o apendicită acută

23. CM. Decompresiunea intestinului destins în ocluzia mecanică este utilă prin următoarele efecte:
- A. Reduce ischemia intestinului
- B. Îndepărtează toxinele lumenale
- C. Facilitează cicatrizarea
- D. Reduce riscul infecției plăgii
- E. Previne sindromul Mendelsohn

24. CM. Într-o ocluzie intestinală acută mecanică înaltă se identifică următoarele semne clinice:
- A. Accentuarea undelor peristaltice
- B. Liniştea abdominală
- C. Zgomote hidroaerice
- D. Meteorism
- E. Apărare musculară localizată

***Răspunsuri corecte.* Afecțiunile chirurgicale ale intestinului subțire**

1 A; 2 E; 3 D; 4 C; 5 A; 6 C; 7 B; 8 E; 9 C; 10 C; 11 ABCDE; 12 ABD; 13 ABCD; 14 ABE; 15 BCE; 16 AC, 17 AE; 18 ABCDE; 19 ABC; 20 DE; 21 ACDE; 22 ABCE; 23 ABE; 24 ACD.

4.16. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE INTESTINULUI GROS

1. CS. Lungimea colonului constituie:
   - A. 50 cm
   - B. 80 cm
   - C. 150 cm
   - D. 200 cm
   - E. 300 cm

2. CS. Sursa arterială pentru colonul drept este:
   - A. Artera mezenterică inferioară
   - B. Artera mezenterică superioară
   - C. Artera renală dreaptă
   - D. Artera iliacă externă dreaptă
   - E. Artera iliacă internă dreaptă

3. CS. Inervația simpatică a colonului drept provine din:
   - A. Plexul hipogastric
   - B. Plexul mezenteric superior
   - C. Nervii vagi
   - D. Simpaticul lombar
   - E. Nici una din cele de mai sus

4. CM. Care din următorii factori sunt factori de risc pentru cancerul de colon?
   - A. Polipoza rectocolonică familială
   - B. Bolile colonice inflamatorii
   - C. Diverticuloza colonică
   - D. Colecistectomia
   - E. Ureterosigmoidostomia

5. CM. Diseminarea cancerului de colon se poate face prin:
   - A. Invazia de vecinătate
   - B. Limfatice

C. Diseminare hematogenă
D. Diseminare lumenală
E. Diseminare perineurală

6. CM. Care din următoarele explorări paraclinice sunt utilizate pentru diagnosticul cancerului de colon?
A. Anuscopia
B. Irigografia
C. Tranzitul baritat
D. Colonoscopia

7. CM. Care din următoarele explorări paraclinice sunt utilizate pentru determinarea stadiului evolutiv al unui neoplasm de colon?
A. Ecografia abdominală
B. Tomografia computerizată
C. Rezonanța magnetică nucleară
D. ECG
E. Radiografia pulmonară

8. CM. Care din următoarele semne constituie complicațiile frecvente ale cancerului de colon?
A. Ocluzia
B. Sindromul de malabsorbție
C. Perforația
D. Hemoragia
E. Septicemia

9. CM. Care din următoarele metode sunt folosite în tratamentul cancerului de colon?
A. Intervenția chirurgicală
B. Radioterapia
C. Chimioterapia
D. Imunoterapia
E. Imunosupresia

10. CM. Care din următoarele metode constituie obiective majore ale intervenției chirurgicale?
A. Îndepărtarea leziunii
B. Refacerea tranzitului colic
C. Tratamentul complicațiilor (stenoză, perforații)
D. Evaluarea leziunilor hepatice
E. Conservarea unei porțiuni cât mai mari de colon

11. CM. Care din următoarele metode în chirurgia cancerului de colon au fost introduse în ultimii ani?
A. Disecția și îndepărtarea ganglionilor limfatici
B. Suturile mecanice
C. Circulația extracorporală
D. Rezecțiile laparoscopice
E. Endoscopia intraoperatorie

12. CM. Care din următoarele antibiotice sunt utilizate pentru pregătirea preoperatorie a colonului?
A. Cefalosporinele
B. Gentamicina
C. Metronidazolul
D. Ampicilina
E. Cloramfenicolul

13. CM. Care din următoarele principii stau la baza intervenției radicale pentru cancerul de colon drept?
A. Rezecarea colonului drept în întregime (hemicolectomia dreaptă)
B. Refacerea tranzitului se efectuează prin ileotransversostomie
C. Concomitent se rezecă pediculii vasculoși și limfoganglionii regionali
D. Refacerea tranzitului se efectuează, de obicei, al doilea timp
E. Ablația ganglionilor de la originea arterei mezenterice superioare este obligatorie

14. CM. Care din următoarele medicamente sunt utilizate ca imunoterapie la bolnavii cu neoplasm de colon?
- A. Levamisolul
- B. 5-fluoruracilul
- C. BCG
- D. Corynebacterium parvum
- E. TNF (tumor nechrosis factor)

15. CM. Care din următoarele semne fac parte din tabloul clinic obişnuit al unui cancer de colon drept?
- A. Anemia
- B. Febra
- C. Semnele de ocluzie intestinală
- D. Tumora palpabilă
- E. Sindromul de malabsorbţie

16. CS. Dilatarea toxică acută a colonului poate să evolueze la următoarea patologie:
- A. Diverticuloza colonului
- B. Polipoza familială difuză
- C. Rectocolita ulceroasă nespecifică
- D. Colita ischemică
- E. Colita spastică

17. CS. Care din complicaţiile enumerate mai jos nu-i caracteristică pentru colita ulceroasă nespecifică?
- A. Fistulele intestinale interne
- B. Perforaţia colonului
- C. Hemoragia intestinală
- D. Malignizarea
- E. Dilatarea toxică a colonului

18. CS. În tratamentul conservator al rectocolitei ulceroase nespecifice totul este corect, exceptând:
- A. Preparatele antibacteriene din grupa Salazopirinei
- B. Hormonii steroizi
- C. Preparatele antidiareice
- D. Nutriţia parenterală
- E. Antibioterapia

19. CS. În maladia Crohn pot evolua toate complicaţiile enumerate, exceptând:
- A. Hemoragia intestinală
- B. Fistulele intestinale interne
- C. Plastroanele intraperitoneale
- D. Stricturile intestinului
- E. Polipoza colonului

20. CS. Schimbări ale mucoasei colonului sub forma "pietrelor de pavaj" pot fi depistate la bolnavii cu:
- A. Colită ulceroasă nespecifică
- B. Polipoză adenomatoasă familială
- C. Maladia Crohn
- D. Colită ischemică
- E. Boala Hirshprung

21. CS. Examenul histologic al mucoasei colonului poate depista prezenţa celulelor Langerhans la bolnavii cu:
- A. Boala Hirshprung
- B. Sindromul intestinului excitat
- C. Colită ulceroasă nespecifică
- D. Maladia Crohn
- E. Colită ischemică

22. CS. Metoda de elecţie în tratamentul polipilor colonului este:
- A. Tratamentul cu suc de rostopască

B. Polipectomia endoscopică
C. Aplicarea anastomozei de derivație
D. Rezecția colonului
E. Chimioterapia

23. CS. Metoda de certitudine în diagnosticul polipozei adenomatoase familiale este:
A. Ultrasonografia
B. Laparoscopia
C. Fibrocolonoscopia cu biopsie
D. Angiografia
E. Tomografia computerizată

24. CS. Toate simptomele enumerate mai jos sunt caracteristice pentru polipoza adenomatoasă familială, exceptând:
A. Hemoragia intestinală
B. Eliminarea mucusului cu masele fecale
C. Anemia
D. Hipoproteinemia
E. Achilia gastrică

25. CS. Ce afirmație referitoare la tumorile viloase colice este exactă?
A. Sunt pediculate
B. Se localizează frecvent la nivelul cecului
C. Se pot transforma în adenocarcinom
D. Se depistează la copii
E. Au capacitate mică de malignizare

26. CM. Diverticulita sigmoidiană poate determina următoarele semne clinice:
A. Febră
B. Scădere ponderală importantă
C. Impăstare în fosa iliacă dreaptă
D. Anemie

E. Hiperleucocitoză

27. CM. Care sunt complicațiile posibile ale diverticulozei sigmoidiene?
A. Hemoragia
B. Perforația
C. Fistulizarea în vezica urinară
D. Abcesul pericolic
E. Stenoza inflamatorie

28. CM. În colita ulceroasă nespecifică:
A. Se înregistrează emisii gleroase
B. Se pot indentifica perioade lungi de remisiune
C. Colonoscopia trebuie făcută sistematic la fiecare puseu acut
D. Puseele severe se vindecă întotdeauna prin tratament medical intensiv
E. Leziunile sunt maxime la nivelul colonului drept

29. CM. Ce semne clinice caracterizează ocluzia prin volvulus de colon sigmoid?
A. Oprirea completă a tranzitului pentru materii fecale şi gaze
B. Febră
C. Sânge la tuşeul rectal
D. Crize repetate de subocluzie în antecedente
E. Meteorism asimetric

30. CM. Colita ulceroasă nespecifică poate fi însoțită de următoarele complicații:
A. Artrită
B. Uveită
C. Endocardită
D. Perforație
E. Megacolon toxic

31. CM. În diverticuloza colonului irigografia relevă următoarele complicații:
- A. Dispariția haustrațiilor colonului stâng cu spiculația fină a sigmoidului
- B. Obstrucția completă a lumenului
- C. Colon cu aspect de "teanc de farfurii"
- D. Aspect de "pantalon golf"
- E. Aspect de "pavaj" al colonului

32. CM. În diverticuloza colonului colectomia este indicată în următoare cazuri:
- A. Apariția fistulelor
- B. Hemoragie digestivă
- C. Perforație
- D. Absența complicațiilor importante
- E. Diverticulită

33. CM. Boala Crohn şi colita ulceroasă nespecifică sunt boli inflamatoare care au caractere comune. Ce afirmație despre caracterele comune ale acestor boli este falsă?
- A. Predomină la adultul tânăr
- B. Pot viza şi colonul
- C. Se pot asocia cu uveita şi eritemul nodos
- D. Pot recidiva după colectomie totală
- E. Se pot asocia cu fisuri anale

34. CM. Semnele radiologice ale bolii Crohn sunt:
- A. Ileita foliculară
- B. Ulcerațiile
- C. Aerobilia
- D. Stenozele
- E. Fistulele

35. CM. Ce semne clinice se pot depista în cursul diferitelor complicații ale diverticulilor colonului?
- A. Fecaluria
- B. Rectoragiile
- C. Contractura
- D. Constipația
- E. Leucopenia

36. CM. Caracteristicile principale ale polipozei adenomatoase familiale difuze sunt:
- A. Transmiterea autozomal-dominantă
- B. Malignizarea constantă
- C. Necesitatea colectomiei totale
- D. Necesitatea supravegherii rectale atente după colectomie
- E. Malignizarea este rară

37. CM. Prevenirea cancerului de colon se poate face prin supravegherea periodică a colonului la persoanele cu risc sporit. Care sunt subiecții cu risc sporit?
- A. Descendenții părinților operați de cancer de colon
- B. Bolnavii deja operați de polipi colici
- C. Bolnavii cu rectocolită ulcero-hemoragică nespecifică cu debut în copilărie, evoluând de peste 10 ani
- D. Bolnavii cu constipație cronică
- E. Bolnavii cu sindrom Peutz-Jeghers

38. CM. Sindromul Peutz-Jeghers:
- A. Este forma clinică cea mai frecventă de tumori maligne ce vizează intestinul subțire
- B. Se poate manifesta prin accidente ocluzive
- C. Malignizarea este foarte frecventă
- D. Este însoțită de lentiginoză periorificială
- E. Tumorile sunt desmoide

39. CM. În care din următoarele boli se poate depista limfogranulomatoza?
- A. Boala Crohn
- B. Sindromul de malabsorbție
- C. Diverticuloza colică
- D. Colita ischemică
- E. Polipoza rectocolică

40. CM. Complicațiile polipozei rectocolonice sunt:
- A. Anemia secundară
- B. Denutriția
- C. Ocluzia intestinală prin invaginare
- D. Malignizarea
- E. Perforația intestinului

41. CM. Intervențiile chirurgicale mai răspândite în tratamentul polipozei rectocolonice sunt:
- A. Polipectomia endoscopică
- B. Rectocolectomia totală cu ileostomie
- C. Colectomia subtotală cu anastomoză ileorectală
- D. Colotomia cu extirparea zonelor polipoase
- E. Anusul contra naturii

42. CM. Gazul colonic conține următorii compuși chimici:
- A. Azot
- B. Oxigen
- C. Dioxid de carbon
- D. Hidrogen
- E. Metan

43. CM. Factorii care reglează motilitatea colonului sunt:
- A. Glucagonul
- B. Somatostatina
- C. Colecistochinina

- D. Sistemul nervos intrinsec
- E. Sistemul nervos extrinsec

44. CM. Care operații se practică în tratamentul bolii Hirschprung:
- A. Operația Duhammel
- B. Operația Soave
- C. Operația Svenson
- D. Operația Kummel
- E. Operația Queniu-Müller

45. CM. Care investigații sunt mai importante în diagnosticul bolii Hirschprung:
- A. Ecografia abdominală
- B. Irigografia în contrast dublu
- C. Rectoromanoscopia cu biopsia mucoasei rectale după Svenson
- D. Tomografia prin rezonanță magnetică nucleară
- E. Determinarea reflexului recto-anal

46. CS. Leziunile anatomo-patologice din stadiile incipiente ale colitei ulceroase nespecifice sunt:
- A. Infiltrarea cu eozinofile la nivelul criptelor Lieberkuhn
- B. La inspecție mucoasa colonică conține ulcerații profunde
- C. Mucoasa în totalitate este îngroșată
- D. Mucoasa este atrofiată cu zone avasculare
- E. Mucoasa colonică este invadată de ulcerații granulare superficiale, fiind în totalitate subțiată și friabilă, cu vascularizație bogată

47.CS. Cel mai frecvent semn al debutului colitei ulceroase nespecifice este:
- A. Scăderea ponderală
- B. Diareea sanguinolentă
- C. Durerile abdominale
- D. Constipația
- E. Leziunile dermatologice

48. CS. Colita ulceroasă nespecifică este o boală care vizează întotdeauna:
A. Colonul
• B. Rectul
C. Ileonul terminal
D. Cecul
E. Jejunul

49. CS. Principalul drog acceptat în tratamentul colitei ulceroase nespecifice, capabil să realizeze remisiunea episoadelor acute, este reprezentat de:
A. Derivații Sulfsalazinei
• B. Corticosteroizi
C. Antibiotice cu spectru larg de acțiune
D. Imunodepresoare
E. Interferonul beta

50. CS. În serul bolnavilor cu colită ulceroasă nespecifică au fost depistați anticorpi:
A. Anti-celule cu mucus din peretele enteral
B. Anti-celule fără mucus din peretele rectal
C. Anti-celule fără mucus din peretele colonic
• D. Anti-celule cu mucus din peretele colonic
E. Anti-celule fără mucus din peretele enteral

51. CS. Prevenția degenerescenței maligne în colitele ulceroase nespecifice se face pe baza:
A. Decelării hemoragiilor oculte în scaun
B. Explorărilor imunologice
C. Explorărilor tomografice
D. Explorărilor eco-endoscopice
• E. Examenului baritat şi colonoscopiei

52. CS. Dintre bolile inflamatoare cronice, diagnosticul diferențial al colitei ulceroase nespecifice cel mai frecvent trebuie făcut cu:
A. Colitele virale
B. Colitele parazitare
C. Neoplasmul de colon
• D. Boala Crohn
E. Polipoza rectocolică

53. CS. Cel mai fidel şi specific diagnostic în colita ulceroasă nespecifică este realizat prin:
A. Irigografie
B. Explorări imunologice
C. Explorări biologice
• D. Rectosigmoidoscopie endoscopică
E. Examen copro-parazitar şi coproculturi

54. CM. Sinonimele colitei ulceroase nespecifice sunt:
A. Boala Crohn
• B. Rectocolita ulcero-hemoragică
• C. Colita ulceroasă idiopatică
D. Ileita terminală
• E. Proctosigmoidita erozivă

55. CS. Colita ulceroasă nespecifică are etiologie:
A. Bacteriană
• B. Necunoscută
C. Virală
D. Parazitară
E. Medicamentoasă

56. CM. În patogeneza colitei ulceroase nespecifice sunt incriminați factorii:
• A. Infecțioşi
• B. Psiho-somatici

C. Alimentari
D. Genetici
E. Imunologici

57. CM. Macroscopic pentru colita ulceroasă nespecifică sunt caracteristice următoarele particularități:
A. Leziunile cu caracter segmentar
B. Afectarea difuză a mucoasei intestinului gros
C. Leziunile pot fi localizate numai în rect
D. Leziunile pot fi localizate numai în ileon
E. Afectarea se răspândește în direcție proximală

58. CM. Colita ulceroasă nespecifică poate evolua în următoarele variante:
A. Cronică (latentă)
B. Acută (fulminantă)
C. Cronică recidivantă
D. Cronică indurativă
E. Cronică continuă (permanent progresivă)

59. CS. Simptomele locale ale colitei ulceroase nespecifice sunt cele afirmate, exceptând:
A. Rectoragia
B. Durerile abdominale
C. Febra
D. Diareea
E. Constipația

60. CS. Simptomele generale ale colitei ulceroase nespecifice sunt cele afirmate, exceptând:
A. Anemia
B. Febra
C. Astenia
D. Pierderile ponderale
E. Hipervolemia

61. CM. Manifestările extraintestinale (sistemice) ale colitei ulceroase nespecifice sunt:
A. Iridociclita
B. Artritele
C. Uveita
D. Eritemul nodular
E. Artralgiile şi mialgiile

62. CM. Criteriile endoscopice ale colitei ulceroase nespecifice sunt:
A. Mucoasa cu aspect granulos
B. Eroziunile şi ulcerele de formă neregulată
C. Afectarea segmentară
D. Pseudopolipii
E. Hemoragiile de contact

63. CM. Criteriile radiologice ale colitei ulceroase nespecifice sunt:
A. Mucoasa cu aspect neregulat şi granulos
B. Exulcerațiile, ulcerele subdenivelate
C. Pseudopolipii
D. Absența haustrelor
E. Scurtarea intestinului

64. CM. Complicațiile locale ale colitei ulceroase nespecifice sunt:
A. Hemoragia profuză
B. Megacolonul toxic
C. Perforația
D. Fistulele viscerale
E. Stricturile lumenale

65. CM. Complicațiile generale ale colitei ulceroase nespecifice sunt:
A. Ileusul
B. Abcesele în cavitatea abdominală
C. Tuberculoza intestinală
D. Sepsisul

• E. Anemia severă

66. CM. Datele epidemiologice din literatura universală cu privire la colita ulceroasă nespecifică indică:
A. Incidență de 400–600 cazuri noi la 100 000 de locuitori
• B. Prevalență estimată între 40–100 cazuri la 100 000 de locuitori
C. Rectocolita ulcero-hemoragică afectează, în general, populația de rasă neagră
• D. Incidența este de 2 ori mai mare la rasa albă față de restul raselor
E. Factorul genetic nu pare a juca un rol preponderent

67. CM. La ora actuală, care din următoarele complicații ale colitei ulceroase nespecifice necesită un tratament chirurgical?
• A. Suspiciunea sau descoperirea unui cancer de colon
• B. Megacolonul toxic cu semne clare de perforație
C. Colita acută fulminantă, care răspunde la terapia cu corticoizi
• D. Rectoragiile masive, ce nu pot fi oprite prin metode conservatoare
• E. Ocluzia prin stricturi colonice

68. CM. Substanțele farmacologice, care și-au dovedit eficacitatea în colita ulceroasă nespecifică, sunt:
A. Imunostimulantele
• B. Imunodepresoarele
• C. Corticosteroizii
• D. Derivații acidului 5-aminosalicilic (5-ASA)
E. Hormonii tiroidieni

69. CM. Imunitatea are un anumit rol în producerea colitei ulceroase nespecifice prin următoarele argumente:
• A. Anticorpii anticelulă cu mucus sunt prezenți în serul bolnavilor cu colită ulceroasă
B. Anticorpii anticelulă cu mucus sunt specifici

C. Anticorpii anticelulă cu mucus sunt constanți
• D. La subiecții cu colită ulceroasă nespecifică s-a constatat un deficit în producția de imunoglobuline, în special, a celor din clasa Ig G
• E. Fenotipurile HLA-AW 24 și BW 35 sunt mai frecvent corelate cu boala

70. CM. Următoarele afirmații, privind anatomia patologică din colita ulceroasă nespecifică, sunt adevărate, exceptând:
A. Boala vizează mucoasa și submucoasa colonului
B. Rectul este vizat întotdeauna și extensia se poate face pe întreg colonul
C. Ileonul terminal poate prezenta semne de inflamație moderată și dilatație
• D. Leziunile din colita ulceroasă seamănă foarte bine cu cele din boala Crohn
E. Mucoasa este în totalitate subțiată, friabilă, cu vascularizație bogată

71. CS. În tratamentul chirurgical al colitei ulceroase nespecifice, una dintre operații este reprezentată de către rectocolectomia totală cu ileostomie tip Brooke. Care este cea mai frecventă complicație, ce apare la purtătorii de ileostomă?
A. Sindromul de ansă aferentă
B. Hemoragiile ulterioare
• C. Infectarea ansei de ileostomie cu o eventuală obstrucție
D. Sindromul de malabsorbție cu pierdere hidro-electrolitică
E. Ocluzia

72. CS. Culturile aerob-anaerobe ale conținutului colonic în colita ulceroasă nespecifică:
A. Au arătat modificări specifice ale florei colonice
B. Au arătat modificări nespecifice ale florei colonice
C. Au arătat o creștere a debitului fecal pentru stafilococul auriu

D. Nu au arătat modificări ale florei colonice
E. Nu au arătat modificări ale florei colonice decât în cazurile cu evoluție îndelungată

73. CS. Care din următoarele complicații ale colitei ulceroase nespecifice nu necesită tratament chirurgical urgent?
A. Megacolonul toxic
B. Colita fulminantă ce nu răspunde la terapia cortizonică
C. Ocluzia prin stricturi colonice
D. Malignizarea
E. Pseudopolipii colonici

74. CS. În diagnosticul diferențial al colitei ulceroase nespecifice cu boala Crohn, elementul patologic microscopic, care nu apare deloc în colita ulceroasă nespecifică, spre deosebire de toate cazurile bolii Crohn, constituie:
A. Inflamația transmurală
B. Îngroșarea submucoasei
C. Fisurile
D. Creșterea celularității submucoasei
E. Granuloamele tip Pirogov-Langhans

75. CM. Rolul factorului infecțios în etiologia colitei ulceroase nespecifice pare a fi susținut de următoarele argumente:
A. Culturile aerobe-anaerobe ale conținutului colic în colita ulceroasă nespecifică arată creșteri ale florei colonice
B. Creșterea titrului anticorpilor anti Escherichia coli la pacienții cu colită ulceroasă nespecifică
C. Proliferarea bacteriană este facilitată de antibioticele administrate
D. Anticorpii anticitomegalovirus au frecvență mult mai scăzută la pacienții cu colită ulceroasă nespecifică
E. Prezența agenților infecțioși la acești pacienți nu pare a avea specificitate

76. CM. Operațiile de elecție în tratamentul chirurgical al colitei ulceroase nespecifice sunt:
A. Rectocolectomia totală cu ileostomie tip Brooke
B. Rectocolectomia subtotală cu anastomoză ileoanală
C. Rectocolectomia subtotală cu anastomoza ileorectală
D. Colostomia
E. Operația Dixon

Răspunsuri corecte. Afecțiunile chirurgicale ale intestinului gros

1 C; 2 B; 3 B; 4 ABDE; 5 ABCDE; 6 BD; 7 ABCE; 8 ABCD; 9 ABCD; 10 AC; 11 BD; 12 AC; 13 ABC; 14 ACD; 15 ABD; 16 C; 17 A; 18 E, 19 E; 20 C; 21 D; 22 B; 23 C; 24 E; 25 C; 26 ADE; 27 ABCDE; 28 ABC; 29 ADE; 30 ABCDE; 31 AC; 32 ABC; 33 D; 34 ABCDE; 35 ABC; 36 ABC; 37 ABC; 38 BD; 39 AC; 40 ABCD; 41 ABCD; 42 ABCDE; 43 ABCDE; 44 ABC; 45 BCE; 46 E; 47 B; 48 B; 49 B; 50 D; 51 E; 52 D; 53 D; 54 BCE; 55 B; 56 ABCDE; 57 BCE; 58 BCE; 59 C; 60 E; 61 ABCDE; 62 ABDE; 63 ABCDE; 64 ABC; 65 DE; 66 BD; 67 ABDE; 68 BCD; 69 ADE; 70 D; 71 C; 72 D; 73 E; 74 E; 75 BCE; 76 ABC.

4.17. AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE RECTULUI

1. CS. Principalele leziuni precanceroase ce conduc la apariția cancerului rectal sunt:
   A. Melanoamele cu localizare rectală
   • B. Polipii colorectali, tumorile viloase, rectocolita ulceroasă
   C. Hemoroizii şi fistulele perianale
   D. Anorectitele nespecifice, pectenoza
   E. Prolapsul mucos anorectal

2. CS. Grading-ul tumoral rectal reprezintă:
   • A. Clasificarea în funcție de gradul de diferențiere histopatologică
   B. Clasificarea clinică a cancerului rectal
   C. Gradul de invazie tumorală în peretele rectal
   D. Markeri biologici ai cancerului rectal
   E. O metodă complementară de tratament al cancerului de rect

3. CS. Cea mai frecventă formă anatomopatologică de cancer rectal este:
   • A. Adenocarcinomul ulcerovegetant
   B. Adenocarcinomul
   C. Melanomul malign
   D. Carcinomul spinocelular
   E. Rabdomiosarcomul

4. CS. Examinările specifice în cancerul de rect sunt:
   A. Tomografia computerizată, citologia exfoliativă
   • B. Tuşeul rectal, endoscopia colorectală, irigografia
   C. Echografia pelviană, determinarea antigenului carcinoembrionar
   D. Echografia endoluminală, limfografia, arteriografia
   E. Cromolimfoscopia, echografia transabdominală, citologia exfoliativă

5. CS. Chirurgia de teritoriu în cancerul de rect înseamnă:
   A. Extirparea segmentului tumoral al rectului
   B. Extirparea rectului şi a ganglionilor mezenterici inferiori
   • C. Îndepărtarea rectului tumoral sau a segmentului afectat împreună cu spațiile ganglionare şi țesutul conjunctiv înconjurător
   D. Limfadenectomie extinsă şi extirparea segmentului de rect afectat
   E. Exereza tumorii rectale sau a rectului împreună cu sigmoidul şi colonul descendent

6. CS. Principala atitudine chirurgicală, care se aplică în cancerul de rect, este:
   A. Criochirurgia
   B. Electrochirurgia
   • C. Amputația de rect şi rezecția rectului
   D. Rectohemicolectomia stângă lărgită
   E. Rezecția tumorală cu raze laser

7. CS. Factorii inhibitori ai carcinogenezei cancerului colorectal sunt:
   A. Alimentația vegetală, vitamina A, prostaglandinele
   B. Antitripsina, acidul folic
   C. Imunoglobulina A secretantă, heparinaza, vitamina E
   • D. Seleniul, retinoizii, steroizii vegetali
   E. Tromboplastina tisulară, complexul vitaminic B, li-poproteinlipaza

8. CM. Cancerul rectal se poate localiza la nivelul:
   • A. Rectului ampular
   • B. Joncțiunii rectosigmoidiene
   • C. Rectului perineal
   D. Foselor ischiorectale
   E. Tecii rectului

9. CM. Principalele grupe de simptome în faza de debut a cancerului rectal sunt:
- A. Scurgerile patologice
- B. Sindromul dureros
- C. Tulburările defecației
- D. Tulburările neurologice
- E. Sindromul biliopancreatic

10. CM. Cauzele diagnosticului tardiv al cancerului rectal sunt:
- A. Evoluția frustă îndelungată
- B. Tergiversarea prezentării la medic
- C. Superficialitatea examinării bolnavului
- D. Raritatea cazurilor de cancer rectal
- E. Absența investigațiilor moderne

11. CM. Principalii parametri, care stau la baza tratamentului chirurgical în cancerul rectal, sunt:
- A. Localizarea leziunii
- B. Concentrația sanguină a antigenului carcinoembrionar
- C. Stadiul bolii
- D. Rezultatul biopsiei prin endoscopie
- E. Determinarea markerilor tumorali

12. CM. Cele mai utilizate procedee tehnice în exerezele de rect sunt:
- A. Amputația de rect
- B. Crioterapia
- C. Rezecția de rect
- D. Extirparea endoscopică a tumorii
- E. Excizia tumorii cu raze laser

13. CM. Leziunile precanceroase incriminate în cancerul colorectal sunt:
- A. Diverticuloza colică
- B. Polipii colorectali

- C. Displaziile vasculare
- D. Rectocolita ulceroasă
- E. Megadolicocolonul

14. CM. Tușeul rectal dă informații referitoare la:
- A. Tipul histologic tumoral
- B. Localizarea tumorii
- C. Grading-ul tumoral
- D. Extensia tumorii la organele vecine
- E. Grupele ganglionare cu metastaze

15. CM. Intervențiile chirurgicale cu viză oncologică în cancerul de rect sunt:
- A. Amputația rectală
- B. Rezecția rectală
- C. Operația Hartmann
- D. Rezecția rectală joasă mecanică
- E. Colostomia în "țeavă de pușcă"

16. CM. În etiopatogenia cancerului rectal sunt incriminați:
- A. Factorii ereditari
- B. Leziunile precanceroase ale rectului
- C. Factorii alimentari şi de mediu
- D. Factorii iatrogeni
- E. Afecțiunile hepatopancreatice

17. CM. Metodele moderne de explorare în cancerul rectal sunt:
- A. Tomografia computerizată
- B. Echografia endoluminală
- C. Citologia exfoliativă
- D. Dozarea antigenului carcinoembrionar
- E. Anuscopia cu lumină laterală

18. CM. Principalele simptome ale cancerului rectal sunt:
+ A. Rectoragiile mici
+ B. Tenesmele rectale
+ C. Mucozitățile rectale
+ D. Senzația de corp străin intrarectal
+ E. Constipația alterând cu diareea

19. CM. Cei mai importanți factori de prognostic în cancerul rectal sunt:
+ A. Factorii clinici
+ B. Factorii tumorali
+ C. Stadiul clinic
+ D. Prezența metastazelor la distanță
+ E. Dozarea markerilor biologici

20. CS. Cea mai informativă metodă de diagnostic al perirectitei acute este:
A. Irigografia
B. Angiografia
C. Rectoromanoscopia
+ D. Puncția colecției purulente
E. Laparoscopia

21. CS. Metoda de elecție în tratamentul perirectitei acute este:
A. Chimioterapia
B. Radioterapia
+ C. Deschiderea și drenarea perirectitei
D. Vitaminoterapia
E. Administrarea sulfanilamidelor

22. CS. Cea mai informativă metodă de diagnostic al perirectitei cronice este:
A. Ultrasonografia
B. Colonoscopia

C. Angiografia
+ D. Fistulografia
E. Tomografia computerizată

23. CS. Metoda de elecție în tratamentul fistulei perirectale este:
A. Radioterapia
B. Vitaminoterapia
C. Antibioterapia
D. Chimioterapia
+ E. Excizia fistulei

24. CS. Cea mai frecventă cauză a fistulelor perirectale este:
+ A. Perirectita acută
B. Hemoroizii
C. Fisura anală
D. Coccigodinia
E. Pruritul anal

25. CS. Dintre simptomele enumerate mai jos pentru fisura anală sunt caracteristice:
A. Temperatura anală
B. Leucocitoza
C. Incontinența de materii fecale
+ D. Durerile vii în timpul şi după defecație
E. Diareea

26. CS. Metoda de elecție în tratamentul fisurii anale cronice este:
A. Antibioterapia
B. Excizia fisurii
C. Radioterapia
+ D. Oxigenoterapia
E. Administrarea spasmoliticelor

27. CS. La 85% din bolnavi fisura anală este localizată:
A. La ora 12
B. La ora 3
C. La ora 9
D. La ora 6 şi 12
E. La ora 6

28. CS. În tratamentul hemoroizilor intervenţia chirurgicală de elecţie este considerată:
A. Aplicarea ligaturii
B. Operaţia Whitehead
C. Hemoroidectomia după procedeul Milligan-Morgan
D. Electrocoagularea
E. Fotocoagularea

29. CS. Complicaţia mai rar depistată a hemoroizilor este:
A. Hemoragia
B. Tromboza
C. Prolapsul nodulilor interni
D. Strangularea cu necroză
E. Malignizarea nodulilor

30. CM. Ce semne clinice pot suspecta prezenţa unei tumori viloase rectosigmoidiene?
A. Rectoragia
B. Prezenţa scaunelor seroase
C. Scaunele purulente
D. Durerile în timpul defecaţiei
E. Crampele musculare determinate de hipokaliemie

31. CM. Boala Crohn se manifestă prin următoarele semne clinice distructive:
A. Diaree
B. Scaune sanguinolente

C. Vizează adultul tânăr
D. Prezintă adesea leziuni nedureroase
E. Mucoasa rectală este congestivă şi hemoragică fără zone sănătoase

32. CM. Ce afirmaţii referitoare la fistulele perianorectale sunt false:
A. Sunt supuraţii acute
B. Pot recidiva postoperator
C. Se malignizează frecvent
D. Este necesară fistulografia
E. Tratamentul fistulei anale este exclusiv chirurgical

33. CM. La un bărbat în vârstă de 42 de ani a fost depistat endoscopic un polip rectal pediculat de 1,0 cm. Atitudinea ulterioară este:
A. Clismă baritată cu dublu contrast
B. Rezecţie anterioară de rect
C. Polipectomie endoscopică
D. Test hemocult
E. Anchetă genetică

34. CM. Intervenţia chirurgicală în hemoroizii de gradul II şi III va fi indicată în următoarele circumstanţe:
A. Cazuri necomplicate
B. Sarcină
C. Anemie severă
D. Hipertensiune portală
E. Cancer rectal stadiul IV

35. CM. Sindromul fisural include următoarele semne clinice:
A. Durere tip arsură la defecaţie
B. Spasm sfincterian
C. Ulceraţie a comisurii posterioare anale
D. Melenă
E. Hemoroid santinelă

36. CM. Amputația abdomeno-perineală a rectului se practică în următoarele cazuri:
A. Tumoare malignă care se atinge la tușeul rectal
B. Cancer ampular mediu
C. Cancer ampular inferior
D. Cancer ampular superior
E. Cancer rectosigmoidian ocluziv

37. CM. Factorii care favorizează apariția hemoroizilor interni sunt:
A. Sarcina
B. Constipația
C. Hipertensiunea portală
D. Tumorile pelvine voluminoase
E. Cancerul rectal

38. CS. Ocluzia colică secundară cancerului rectosigmoidian operabil, prezentat tardiv, se tratează cel mai bine prin:
A. Amputația abdomeno-perineală a rectului
B. Colostomie stângă de decompresiune
C. Rezecție anterioară de rect
D. Operația Hartmann
E. Cecostomie

39. CM. Polipul rectocolic se caracterizează prin următoarele semne distructive:
A. Se localizează frecvent rectosigmoidian
B. Reproduce histologic glandele Lieberkuhn
C. Poate genera hemoragie episodică
D. Este mai frecvent tubulos decât vilos
E. Se depistează la subiecții în vârstă de peste 45 de ani

40. CM. Ce tumori benigne colorectale pot fi considerate hamartoame?
A. Sindromul Gardner
B. Sindromul Peutz-Jeghers

C. Polipoza rectocolică familială
D. Polipul juvenil
E. Lipomul

41. CM. Ce semne atrag atenția asupra complicațiilor în boala hemoroidală?
A. Rectoragia cu sânge roșu, declanșată de emisia scaunului
B. Durerea anală acută ce apare după defecație și persistă câteva ore
C. Perceperea unei tumori anale de culoare albastru-violaceu
D. Melena
E. Febra

42. CM. Investigațiile obligatorii la un bolnav cu patologie a rectului sunt:
A. Inspecția vizuală a regiunii anale
B. Tușeul rectal
C. Pasajul masei baritate
D. Anoscopia sau rectoromanoscopia
E. Sfincterometria

43. CM. Operațiile mai frecvent aplicate în tratamentul chirurgical al prolapsului rectal sunt:
A. Operația Hartmann
B. Operația Kummel-Zarenin
C. Operația Tirshe
D. Operația Duhamel
E. Operația Mikulitz

44. CS. Lungimea rectului, de la promontoriu până la linia anorectală, constituie:
A. 8–10 cm
B. 11–13 cm
C. 15–16 cm

D. 17–19 cm
E. 20–22 cm

45. CM. Particularităţile anatomice ale trecerii sigmoidului în rect sunt:
• A. Este situată la nivelul vertebrei sacrale III, ceva mai jos de promontoriu
• B. Dispare mezoul colonului sigmoidian
• C. Intestinul devine imobil
• D. Muşchii longitudinali (tenia coli) sunt distribuiţi uniform pe circumferinţa rectului
• E. Poartă denumirea de "rectosigm"

46. CM. Segmentele ampulei rectale sunt:
A. Rectosigmoidal
• B. Superior
• C. Mediu
• D. Inferior
E. Anorectal

47. CM. Perirectita acută se divizează după următoarele criterii:
• A. După principiul etiologic
• B. În funcţie de nivelul sediului abceselor, plastroanelor, fuziunilor
• C. După raportul dintre traiectul fistulei şi aparatul sfincterian
• D. După gradul de complexitate
E. După timpul trecut de la spitalizarea bolnavului

48. CM. În funcţie de deschiderea abcesului perirectal, se atestă următoarele variante de finalizare a bolii:
• A. Formarea fistulei rectale (perirectită cronică)
• B. Dezvoltarea perirectitei recidivante cu acutizări ale procesului inflamator
• C. Însănătoşire
D. Dezvoltarea amiloidozei organelor parenchimatoase

E. Dezvoltarea incontinenţei sfincterului obturator anal

49. CS. Metoda de elecţie în tratamentul fistulei perirectale este:
• A. Excizia completă a canalului fistulos cu lichidarea orificiului intern al fistulei
B. Băi de şezut după defecaţie
C. Spălarea fistulei cu soluţii antiseptice
D. Instilaţii de antibiotice în canalul fistulos
E. Microclisme cu ulei de cătină albă, cu colargol

50. CM. În tratamentul fistulelor perirectale se practică următoarele tehnici operatorii:
A. Sfincterolevatoroplastia
• B. Metoda de ligatură
• C. Excizia completă a canalului fistulos cu lichidarea orificiului intern al fistulei
• D. Rezecţia fistulei în lumenul rectal cu suturarea straturilor profunde
• E. Incizia longitudinală a fistulei cu modelare a ţesutului din ductul fistulos

***Răspunsuri corecte.* Afecţiunile chirurgicale ale rectului**

1 B; 2 A; 3 A; 4 B; 5 C; 6 C; 7 D; 8 ABC; 9 ABC; 10 ABC; 11 AC; 12 AC; 13 BD; 14 BC; 15 ABCD; 16 ABCD; 17 ABCD; 18 ABCDE; 19 ABCDE; 20 D; 21 C; 22 D; 23 E; 24 A; 25 D; 26 D; 27 E; 28 C; 29 E; 30 ABE; 31 ABCD; 32 AC; 33 AC; 34 AC; 35 ABC; 36 ABC; 37 ABCDE; 38 D; 39 ABCDE; 40 BD; 41 ABC; 42 ABD; 43 BCE; 44 C; 45 ABCDE; 46 BCD; 47 ABCD; 48 ABC; 49 A; 50 BCDE.

4.18. HERNIILE

1. CM. Organele cele mai frecvent herniate sunt:
   A. Colonul transvers
   B. Intestinul subțire
   C. Trompele uterine
   D. Omentul
   E. Vezica urinară

2. CS. Cea mai frecventă complicație a herniilor o constituie:
   A. Tumorile herniare
   B. Strangularea herniară
   C. Corpii străini intrasaculari
   D. Peritonita herniară
   E. Tuberculaza herniară

3. CM. În categoria herniilor rare sunt incluse:
   A. Hernia obturatorie
   B. Hernia femurală
   C. Hernia perineală
   D. Hernia ischiatică
   E. Hernia ombilicală

4. CS. Obiectivul tratamentului chirurgical al herniilor este:
   A. Reducerea conținutului herniar
   B. Tratarea conținutului herniar
   C. Hernioplastia
   D. Înlăturarea sacului herniar
   E. Izolarea sacului herniar

5. CS. Complicația cea mai frecventă, care apare în evoluția herniilor abdominale, se referă la:
   A. Peritonita herniară
   B. Ireductibilitatea herniei

   C. Tumorile herniare
   D. Traumatismul herniar
   E. Corpi străini

6. CM. În morfologia oricărei hernii, în mod clasic, se descriu următoarele elemente:
   A. Poarta herniară
   B. Sacul herniar
   C. Prezența unei tumori herniare
   D. Conținutul sacului herniar
   E. Corpii străini intrasaculari

7. CS. Tratamentul herniilor strangulate:
   A. Este o urgență chirurgicală majoră
   B. Este suficientă rezolvarea herniei prin taxis
   C. Tratamentul ortopedic este suficient
   D. Poate fi aplicat și în regim de chirurgie programată
   E. Este totdeauna necesară rezecția organului herniar

8. CM. Herniile rare ale peretelui abdominal sunt reprezentate de:
   A. Herniile ombilicale
   B. Herniile femurale
   C. Herniile lombare
   D. Herniile ischiatice
   E. Herniile inghinale

9. CM. Din categoria herniilor rare fac parte:
   A. Herniile spieghelene
   B. Herniile obturatorii
   C. Herniile Richter
   D. Herniile lombare
   E. Herniile postoperatorii

10. CS. Hernia Richter este specifică herniilor:
A. Cu inel herniar mic
B. Cu inel herniar larg
C. Gigantice
D. Cu saci multipli
E. Maydl

11. CM. Examenul clinic în hernia strangulată evidențiază:
A. Ireductibilitatea herniei
B. Durere la palparea herniei
C. Regiunea herniară mult destinsă
D. Abdomenul excavat
E. Lipsa simptomului de impulsiune la tuşeu

12. CS. Cea mai nefastă complicație a herniei este:
A. Strangularea
B. Tuberculoza herniară
C. Peritonita herniară
D. Încarcerarea
E. Tumorile herniare

13. CM. Herniile pot evolua spre:
A. Vindecare
B. Complicații vitale
C. Cresc în dimensiuni
D. Suprainfecție
E. Degenerare malignă

14. CS. În care forme de hernii sacul conține mai multe anse intestinale?
A. Hernia epigastrică
B. Hernia Maydl
C. Hernia Richter
D. Hernia obturatorie

E. Hernia femurală

15. CS. Care din următoarele situații nu reprezintă o complicație a herniilor?
A. Tuberculoza herniară
B. Hernia hiatală
C. Peritonita herniară
D. Hernia Richter
E. Tumorile herniare

16. CS. Care formă de hernie este caracterizată prin ciupirea laterală a ansei herniate?
A. Hernia obturatorie
B. Hernia Maydl
C. Hernia Richter
D. Hernia ombilicală
E. Hernia inghinală

17. CS. În hernii mai frecvent se strangulează:
A. Stomacul
B. Intestinul subțire
C. Colonul
D. Vezica urinară
E. Uterul şi anexele sale

18. CS. Dintre herniile enumerate se strangulează mai rar:
A. Inghinala oblică
B. Inghinala directă
C. Femurala
D. Ombilicala
E. Eventrațiile postoperatorii

19. CS. Pentru hernia strangulată nu sunt tipice:
A. Durerea violentă la nivelul herniei

B. Ireductibilitatea
C. Distensia tumorii herniare
D. Lipsa impulsului la efort de tuse
E. Durerea provocată de tactul rectal

20. CS. Pentru hernia Richter nu sunt caracteristice:
A. Semnele de ocluzie intestinală
B. Dimensiunile reduse ale herniei
C. Orificiul herniar îngust
D. Sindromul dureros moderat
E. Pericolul de necroză a organului strangulat

21. CS. Herniile Richter şi Littré se deosebesc una de alta prin:
A. Intensitatea sindromului doloric
B. Influenţa asupra tranzitului intestinal
C. Profunzimea tulburărilor circulatorii în viscerele herniare
D. Conţinutul sacului herniar
E. Tipul de strangulare

22. CS. La factorii, ce favorizează instalarea unei strangulări stercorale (ocluzie prin fecalom), nu se referă:
A. Supraefortul fizic
B. Ireductibilitatea herniei
C. Dimensiunile orificiului herniar
D. Aderenţele în sacul herniar
E. Dereglările motorii ce vizează intestinul

23. CS. Nu sunt însoţite de fenomene de ocluzie intestinală herniile strangulate:
A. Richter
B. Nedepistate anterior
C. Ale canalului obturator
D. Ale liniei Spieghel
E. Perineale

24. CM. Hernia strangulată urmează sa fie diferenţiată de:
A. Hernia ireductibilă
B. Coprostază
C. Pseudostrangulare
D. Ocluzia intestinală

25. CS. Cum se numeşte tipul de strangulare, când sacul herniar conţine două anse intestinale izolate?
A. Strangulare prin ocluzie cu fecalom
B. Strangulare prin inel elastic
C. Parietală
D. Retrogradă
E. Pseudostrangulare

26. CS. În instalarea flegmonului piostercoral nu sunt implicate:
A. Blocarea întoarcerii venoase de la nivelul viscerelor herniare
B. Hipertensiunea în sacul herniar şi în lumenul intestinal
C. Tulburările microcirculatorii în peretele intestinal
D. Compromiterea funcţiei de barieră a peretelui intestinal
E. Modificările patologice ale intestinului în amonte de strangulaţie

27. CS. Care din fenomenele enumerate nu este corelat cu producerea modificărilor patologice în intestinul proximal de nivelul strangulaţiei?
A. Abolirea absorbţiei
B. Acumularea intralumenală de gaze
C. Blocul întoarcerii venoase
D. Tulburările microcirculatorii
E. Vomele

28. CS. Când termenul de strangulare nu depăşeste 2 ore, tentativa de a stimula o reducere spontană a herniei este acceptabilă în circumstanţele enunţate mai jos, exceptând:
A. Stările severe

B. Infarctul miocardic recent
C. Tulburările circulatorii brutale în encefal
D. Vârsta senilă
E. Refuzul de a fi supus operației

29. CM. Tentativa de a obține prin forță (taxis) reducerea unei hernii strangulate comportă pericolul de:
A. Rupere a ansei strangulate
B. Instalare a parezei intestinale rebele
C. Reducere aparentă
D. Hemoragie intraperitoneală

30. CM. Reducerea spontană a unei hernii strangulate poate fi condiționată de:
A. Supraveghere
B. Laparoscopie
C. Laparotomia de urgență
D. Herniotomie

31. CM. În timpul inciziei cutanate s-a produs reducerea spontană a herniei. Ce variante tactice sunt acceptabile în asemenea circumstanțe?
A. Herniotomia cu supravegherea ulterioară a bolnavului
B. Herniotomia cu explorarea viscerului strangulat prin plagă hernio-laparotomică
C. Herniotomia urmată de laparotomie exploratorie
D. Herniotomia cu laparoscopie intraoperatorie prin sacul herniar

32. CM. Flegmonul piostercoral se manifestă prin:
A. Febră
B. Intoxicație
C. Edem și eritem în zona herniară
D. Poliurie

33. CS. În cadrul intervenției chirurgicale pentru hernie strangulată se va considera drept obiectiv prioritar:
A. Expunerea sacului herniar
B. Secționarea inelului strangulat
C. Deschiderea sacului
D. Exteriorizarea și fixarea organului strangulat

34. CM. Pentru a aprecia viabilitatea ansei strangulate, se vor lua în considerare:
A. Culoarea
B. Peristaltismul
C. Pulsația vaselor mezenterice
D. Tipul de strangulare

35. CS. Ce vom întreprinde, când estimarea viabilității țesuturilor în limitele șuntului de strangulare este dificilă?
A. Repunerea intestinului în cavitatea abdominală și laparotomie exploratorie după 24 de ore
B. Invaginarea șuntului cu suturi sero-musculare
C. Rezecția în V a intestinului
D. Rezecția intestinului cu anastomoză T-T

36. CS. Principala cauză a herniilor peretelui abdominal este:
A. Efortul fizic
B. Obezitatea
C. Slăbirea rapidă
D. Stările de denutriție
E. Structura imperfectă a peretelui abdominal

37. CM. Simptomele caracteristice unei hernii externe strangulate sunt:
A. Debutul brutal
B. Durerea violentă la nivelul herniei
C. Oprirea tranzitului intestinal
D. Tumefierea herniară dură și dureroasă

E. Ireductibilitatea

38. CS. În hernia inghinală a fost strangulat diverticulul Meckel, care, după secționarea inelului strangulat, s-a dovedit a fi viabil. Care este tactica chirurgicală de elecție?
A. Repunerea diverticulului în cavitatea peritoneală
B. Rezecarea diverticulului
C. Rezecarea cuneiformă a intestinului împreună cu diverticulul
D. Rezecarea ansei cu anastomoză T-T

39. CM. Timpii principali ai operației pentru flegmonul piostercoral sunt:
A. Laparotomia
B. Rezecarea intestinului
C. Deschiderea sacului herniar, extirparea ansei gangrenate
D. Închiderea orificiului herniar

40. CM. Care din factorii enumerați sugerează volumul pregătirii preoperatorii în cazul herniilor strangulate?
A. Starea bolnavului
B. Termenul strangulării
C. Patologia asociată
D. Dimensiunile herniei

41. CM. Hernia inghinală strangulată urmează să fie diferențiată de:
A. Limfadenita inghinală
B. Orhiepididimita acută
C. Metastazele tumorale în ganglionii limfatici inghinali
D. Hernia femurală strangulată

42. CS. Care din următoarele gesturi pot deveni riscuri într-o hernie ireductibilă?
A. Palparea tumorii herniare
B. Intervenția chirurgicală de urgență
C. Determinarea simptomului de impulsiune la tuşeu

D. Reducerea prin taxis
E. Tactul rectal sau vaginal

43. CM. Procedeele chirurgicale de refacere a peretelui abdominal în eventrații cuprind:
A. Lichidarea porții herniare
B. Autoplastia
C. Hernioplastia cu plasă sintetică
D. Rezecția intestinală
E. Rezecția epiploonului

44. CS. Cel mai frecvent factor incriminat în apariția eventrațiilor postoperatorii este:
A. Tipul de incizie
B. Fondul biologic al bolnavului
C. Retenția acută de urină postoperatorie
D. Supurația plăgii
E. Efortul fizic postoperator

45. CS. În eviscerațiile libere precoce, atitudinea chirurgicală este:
A. Abținerea chirurgicală
B. Instalarea unui lavaj cu drenaj activ
C. Refacerea peretelui de urgență
D. Investigația paraclinică completă
E. Evidența dinamică

46. CM. Ce factori pot sugera tactica chirurgicală în eventrațiile postoperatorii strangulate?
A. Vârsta şi starea bolnavului
B. Termenul strangulării şi modificările din organele strangulate
C. Dimensiunile herniei
D. Topografia herniei

47. CM. Ce organe pot fi strangulate în herniile diafragmatice?
A. Stomacul
B. Colonul transvers
C. Ansa intestinului subțire

D. Organele parenchimatoase

48. CS. În diagnosticul herniei diafragmatice strangulate rolul dominant îl are:
A. Sindromul doloric
B. Semnele de insuficiență cardiovasculară
C. Semnele de ocluzie intestinală
D. Sindroamele obiective vizând cutia toracică
E. Examenul radiologic

49. CS. Care afirmație referitoare la terapia antibacteriană postoperatorie este incorectă?
A. Antibioticele sunt indicate în fiecare caz de hernie strangulată
B. Ele sunt indicate în caz de rezecție intestinală
C. Se administrează când actul operator s-a desfășurat în condițiile unui flegmon piostercoral
D. Sunt obligatorii în peritonită
E. Devin necesare, când apar complicații postoperatorii

50. CS. Care din următorii factori influențează apariția herniilor?
A. Insuficiența renală
B. Ulcerul gastro-duodenal
C. Tușitorii cronici
D. Hipertiroidia
E. Pneumonia franco-lobară

Răspunsuri corecte. Herniile

1 BD; 2 B; 3 ABC; 4 C; 5 B; 6 ABD; 7 A; 8 CD; 9 ABCD; 10 A; 11 ABCE; 12 A; 13 BC; 14 B; 15 B; 16 C; 17 B; 18 B; 19 E; 20 A; 21 E; 22 A; 23 A; 24 ABCD; 25 D; 26 E; 27 A; 28 E; 29 ABCD; 30 ABCD; 31 ABC; 32 ABC; 33 D; 34 ABC; 35 D; 36 E; 37 ABDE; 38 D; 39 ABC; 40 ABC; 41 ABCD; 42 D; 43 ABCD; 45 C; 46 ABC; 47 ABCD; 48 E; 49 A; 50 C.

4.19. TRANSPLANTOLOGIA

1. CM. Contraindicații la transplantarea rinichiului și recipientului posibil pot fi:
A. Testul tuberculinic pozitiv fără semne clinice de tuberculoză acută
B. Ulcerul duodenal
C. Polichistoza renală
D. Prezența în sânge a anticorpilor antiglomerulari membranici

2. CM. Selectați variantele corecte al rejecției transplantului?
A. Rejecția acută morfologic este reprezentată prin infiltrație limfocitară renală
B. Rejecția subacută este reprezentată prin prezența anticorpilor împotriva țesutului rinichiului transplantat
C. Rejecția cronică amânată
D. Rejecția cronică

3. CM. Complicațiile terapiei imunosupresorii sunt:
A. Sindromul Cushing
B. Asocierea infecției citomegalovirale
C. HTA
D. Tumori ale SNC

4. CM. Organul sau țesutul transplantat între reprezentanții unei specii ce posedă același genotip este:
A. Autotransplantul
B. Izotransplantul
C. Allotransplantul
D. Xenotransplantul

5. CM. Investigațiile obligatorii pentru transplantul renal la donatorii vii sunt:
A. Arteriografia renală

B. RIR
C. Urografia excretorie
D. Sumarul urinei
E. Probele funcționale renale

6. CM. Criteriile morfo-cerebrale pentru transplant renal de la donatorii neviabili sunt:
A. Coma adâncă
B. Lipsa respirației de sine stătătoare în asociere cu creşterea concentrației CO_2 a sângelui
C. Lipsa tuturor reflexelor corticale şi trunculare
D. Absența circulației intracerebrale
E. Lipsa dinamicii simptomelor comei în decurs de 24 de ore
F. Confirmarea traumelor cerebrale grave

7. CS. Donatori de rinichi pot fi decedații în secțiile de reanimare din următoarele cauze:
A. Traumatism cranio-cerebral izolat
B. Tumori ale SNC (fără metastaze)
C. Peritonite
D. Sepsis
E. Suicid

8. CM. Donatori de rinichi pot fi decedații în secțiile de reanimare din următoarele cauze:
A. Hemoragii subarahnoidale de diversă geneză
B. Anevrism erupt al vaselor cerebrale
C. Cancer pulmonar cu metastaze
D. Status astmaticus
E. Tromboză pulmonară acută

9. CS. Donatori de rinichi pot fi decedații în secțiile de reanimare din următoarele cauze:
A. Intoxicație cu barbiturate

B. Dereglări de circulație cerebrală fără semne de boală hipertonică
C. Ulcer perforat
D. Tromboză mezenterială acută
E. Diabet zaharat

10. CM. Contraindicații absolute privind colectarea rinichilor pentru transplant sunt:
A. Bolile de sistem
B. Intoxicațiile acute de geneză neclară
C. Traumele abdominale şi ale bazinului
D. Infecția generalizată
E. Infecția sistemului urinar

11. CM. Contraindicații absolute privind colectarea rinichilor de la donatorii decedați în secțiile de reanimare sunt:
A. HTA în anamneză sau boala hipertonică
B. Tumorile primare ale SNC
C. Diabetul zaharat
D. Status astmaticus
E. Oliguria refractară la tratament

12. CM. Contraindicații relative privind colectarea rinichilor de la donatorii decedați în secțiile de reanimare sunt:
A. Hipertermie (peste 39°C) timp îndelungat, mai mult de 24 de ore de la momentul decesului
B. Decesul cauzat de infarctul miocardic
C. Sepsisul
D. Schimbările patologice în analiza de sânge şi de urină
E. Infecțiile locale (pneumonie, abcese solitare)

13. CM. Compatibilitatea imunologică donator-recipient se determină prin:
A. Test la compatibilitatea imunologică sanguină (AB0)
B. Factor Rh
C. Anticorpi HLA de histocompatibilitate

14. CM. Imunosupresia postoperatorie cu ciclosporine A şi Prednisolon poate conduce la următoarele complicaţii:
A. Hirsutism
B. Ulcere acute ale TGI
C. Leucopenie
D. Hipertensiune
E. Infecţii

15. CM. Complicaţii posibile după transplant renal:
A. Rejet al organului transplantat
B. Infecţii
C. Glomerulonefrită a rinichiului transplantat
D. Glomerulonefrită a rinichiului recipientului
E. HTA după transplantare

16. CS. Tromboza vaselor renale, ischemia şi rejetul renal intraoperatoriu sunt manifestări de:
A. Rejet supraacut
B. Rejet acut
C. Rejet cronic
D. Rejet acut precoce

I7. CM. Rejetul acut al transplantului dezvoltat în primele 3 luni se caracterizează clinic prin:
A. Creşterea creatininei în ser
B. Febră
C. Proteinemie
D. Hipertermie
E. Oligurie

18. CM. Indicaţii pentru transplantul cordului sunt:
A. Stadiile terminale ale BIC
B. Cardiomiopatiile cu prognostic vital mai puţin de un an
C. Imposibilitatea de reabilitare după infarct miocardic acut

D. Infarctul miocardic repetat în anamneză
E. Viciul dobândit subcompensat

19. CM. Criteriile de selecţie a donatorilor pentru transplantul cordului sunt:
A. Lipsa de patologie a cordului
B. Lipsa de patologie pulmonară
C. Compatibilitatea donator-recipient după susţinerea AB0
D. Corespunderea dimensiunii inimii între donator-recipient
E. Corespunderea după vârstă între donator-recipient

20. CM. Semne de rejet în transplantul cordului sunt:
A. Hipertermia
B. Tahicardia
C. Bradicardia
D. Creşterea TA
E. Scăderea TA

21. CM. În crizele de rejet în transplantul cordului este indicat un tratament cu:
A. Prednisolon
B. Ortoclon
C. Globulină antitrombocitatră
D. Ciclosporină A
E. Antibioterapie

22. CS. Indicaţii pentru transplantul de pancreas sunt:
A. Insuficienţa renală acută, cauzată de nefropatie diabetică (simultan cu transplantul renal)
B. Starea după transplant renal
C. Nefropatia, retinopatia, polineuropatia cu evoluţie instabilă a diabetului zaharat
D. Diabetul zaharat tip II
E. Pancreatita cronică

23. CM. Complicații postoperatorii posibile după transplantul de pancreas sunt:
A. Tromboza vaselor pancreasului
B. Fistula pancreatică
C. Infecția căilor urinare
D. Insuficiența funcției exocrine a pancreasului transplantat
E. Atrofia celulelor acinare ale transplantului

24. CM. Indicații pentru transplantul de ficat sunt:
A. Ciroza biliară primară
B. Boala Wilson
C. Hepatita A
D. Hepatita cronică C
E. Hepatita cronică B și D

25. CM. Contraindicații pentru transplantul de ficat sunt:
A. Encefalopatia de diferit grad
B. Hemoragia din varice esofagiene
C. Atrezia căilor biliare
D. Fibroza ereditară hepatică
E. Sepsisul

26. CS. Indicații pentru transplantul de ficat sunt:
A. Ciroza biliară secundară
B. Hepatita cronică D
C. Colangita sclerozantă
D. Boala Carolli
E. Carcinomul hepatocelular

27. CM. Contraindicații pentru transplantul de ficat sunt:
A. Ascita rezistentă la terapie, ce necesită limitări în dietă și diuretice
B. Maladia metabolică – insuficientă la alfa-antitripsină
C. Pierderea în pondere din contul țesutului muscular, proteina serică scăzută

D. Histiocitoza X
E. Ciroza alcoolică

28. CM. Contraindicații pentru preluarea transplantului de ficat de la donator sunt:
A. Dereglarea funcției ficatului în anamneză
B. Traumatismul hepatic
C. Maladiile psihice
D. Maladiile infecțioase generalizate
E. Intoxicațiile cu substanțe hepatotoxice (Paracetamol) în anamneză

29. CM. Semnele clinice de rejet al transplantului de ficat sunt:
A. Icterul
B. Febra peste 39°C
C. Durerile în rebordul costal drept
D. Hepatosplenomegalia
E. Albumina serică scăzută

30. CM. Transplantarea pulmonară este posibilă în următoarele variante:
A. Transplantarea unui lob pulmonar
B. Transplantarea unui plămân
C. Transplantarea ambilor plămâni
D. Transplantarea unui segment pulmonar
E. Transplantarea ambilor plămâni și a inimii

31. CM. Accesul chirurgical în transplantarea pulmonară este:
A. Toracotomia laterală
B. Sternotomia mediană
C. Laparotomia
D. Toracotomia laterală și laparotomia
E. Laparotomia și sternotomia mediană

32. CS. Ce preparat medicamentos nu se foloseşte în tratamentul postoperatoriu după transplantarea pulmonară?
A. Ciclosporina A
B. Ortoclonul
C. Prednisolonul
D. Globulina antitrombocitară

33. CM. Complicaţii pentru transplantul pulmonar sunt:
A. Criza de rejet
B. Infecţiile căilor respiratorii
C. Astmul bronşic
D. Bronhiolita
E. Stenoza bronşică

34. CM. Variantele posibile de transplant al glandei paratiroide sunt:
A. Autotransplantul
B. Xenotransplantul
C. Alotransplantul
D. Izotransplantul

35. CM. Autotransplantarea glandei tiroide se efectuează în:
A. Hipoplazia glandei paratiroide
B. Hiperplazia glandei tiroide
C. Tumori maligne ale glandei paratiroide
D. Hipoparatireoza iatrogenă

36. CS. Cea mai largă răspândire în lume o are transplantul de:
A. Cord
B. Pancreas
C. Rinichi
D. Intestin subţire
E. Plămâni

37. CS. Transplantare singenă numim:
A. Transplantarea, la care donator şi recipient este aceeaşi persoană
B. Transplantarea, la care donatorul şi recipientul sunt gemeni univitelini
C. Transplantarea, la care donatorul şi recipientul sunt rude de gr. I
D. Transplantarea, la care donatorul şi recipientul fac parte din aceeaşi specie
E. Transplantarea, la care donatorul şi recipientul fac parte din specii diferite

38. CS. Ce tip de reacţie de rejet al transplantului nu se supune tratamentului?
A. Reacţia de rejet supraacută
B. Reacţia de rejet acută
C. Reacţia de rejet cronică

39. CS. Transplantul renal este indicat la următorul contingent de bolnavi, exceptând:
A. Bolnavii cu boli asociate grave, bolnavii cu contraindicaţii pentru terapie imunodepresivă
B. Bolnavii cu tumori maligne
C. Copiii şi adolescenţii cu IRC
D. Pacienţii, care n-au folosit posibilitatea tratamentului cu hemodializă

40. CS. Cea mai frecventă complicaţie postoperatorie la transplantul rinichilor este:
A. Sindromul Iţenko-Cushing
B. Infecţia virală (citomegalovirusul, herpesul)
C. Infecţia căilor urinare şi a plăgii postoperatorii
D. Necroza capului femural
E. Inhibiţia hematopoezei medulare

41. CS. Reacția de rejet al transplantului de cord se manifestă la ECG prin:
A. Voltaj scăzut al undei QR
B. Nivelarea complexului QRS
C. Extrasistole
D. Voltaj scăzut al lui P
E. Semne de ischemie acută a cordului

42. CS. Indicații pentru transplantul de ficat sunt următoarele, exceptând:
A. Stadiul final al cirozei
B. Tumorile maligne ale ficatului
C. Viciile de dezvoltare a căilor biliare
D. Metastazele tumorilor maligne în ficat
E. Simptomul Budd-Chiari

43. CS. Tipizarea după criteriile HLA nu are însemnătate decisivă în transplantul de:
A. Pancreas
B. Ficat
C. Rinichi
D. Cord
E. Plămâni

44. CS. În transplantul hepatic se atestă următoarele complicații, exceptând:
A. Hemoragia
B. Necroza veziculei biliare şi a ducturilor biliare
C. Insuficiența respiratorie acută
D. Insuficiența cardiovasculară acută
E. Infecția chirurgicală

45. CS. Indicație pentru transplantul renal este:
A. Stadiul terminal al insuficienței renale cronice la pacienții tineri, cărora li s-a aplicat hemodializă

B. Stadiul terminal al insuficienței renale cronice la pacienți în vârstă de peste 50 de ani, cu patologie a SNC
C. Stadiul terminal al insuficienței renale cronice la pacienții, care n-au făcut hemodializă
D. Insuficiența renală acută

46. CS. Contraindicații pentru transplantul de cord sunt următoarele, exceptând:
A. Bolile psihice
B. Infecția activă în organism
C. Hipertensiunea pulmonară
D. Patologia renală cu lezarea funcției renale
E. Cardiomiopatia cu manifestări grave ale insuficienței cardiace

47. CS. Cauza cea mai frecventă de pierdere a funcției rinichiului transplantat este:
A. Reacția cronică de rejet vascular al transplantului
B. Ischemia şi hipoxia rinichiului până la recoltare
C. Rejetul supraacut
D. Rejetul acut
E. Tromboza anastomozelor vasculare

48. CS. Complicații postoperatorii precoce în transplantul renal sunt, exceptând:
A. Hemoragia
B. Dehiscența anastomozelor uretero-vasculare
C. Formarea fistulelor urinare
D. Supurația plăgii şi a patului rinichiului
E. Sindromul Itenko-Cushing

49. CS. În calitate de terapie imunodepresivă în transplantologia contemporană se folosesc următoarele remedii medicamentoase, exceptând:
A. Corticosteroizii

B. Azotioprina
C. Cisplatinumul
D. Ciclosporina A
E. Globulina antitrombocitară

50. CS. Complexul principal al antigenilor histocompatibili este codificat în:
A. Cromozomul X
B. Cromozomul Y
C. Perechea 6 de cromozomi
D. Perechea 10 de cromozomi
E. Perechea 8 de cromozomi

Răspunsuri corecte. **Transplantologia**

1 AD; 2 ABD; 3 ABC; 4 B; 5 ABCDE; 6 CD; 7 A; 8 AB; 9 B; 10 ABC; 11 ACE; 12 ADE; 13 ABC; 14 ABCDE; 15 ABC; 16 D; 17 AE; 18 ABC; 19 ABCD; 20 BE; 21 ABD; 22 A; 23 ABCE; 24 ABCDE; 25 E; 26 ABCDE; 27 AB; 28 ABDE; 29 ABC; 30 ABCE; 31 AB; 32 D; 33 ABD; 34 AD; 35 B; 36 C; 37 B; 38 C; 39 B; 40 A; 41 E; 42 D; 43 D; 44 C; 45 A; 46 E; 47 A; 48 E; 49 C; 50 C.

4.20. FISTULELE INTESTINALE

1. CM. Fistulele intestinale se caracterizează prin:
A. Prezența unui defect în peretele intestinal
B. Prezența unui orificiu pe peretele abdominal, cu eliminări intestinale
C. Prezența unei comunicări patologice între diverse anse intestinale
D. În toate cazurile se complică cu peritonita difuză
E. Reprezintă o comunicare patologică a unui organ cavitar cu mediul extern

2. CM. Fistulele intestinale formate pot să se caracterizeze prin:
A. Prezența unei comunicări a intestinului cu mediul extern
B. Prezența unei comunicări izolate între diverse anse intestinale
C. Prezența unei comunicări izolate a intestinului cu mediul extern prin intermediul unei cavități purulente
D. Prezența unei comunicări izolate cu o fuziune purulentă
E. Prezența unei comunicări cu cavitatea peritoneală liberă

3. CM. Fistula intestinală neformată poate reprezenta:
A. O comunicare izolată a intestinului cu mediul extern prin intermediul unui duct îngust, acoperit cu epiteliu
B. O comunicare a unei anse intestinale cu mediul extern prin intermediul unei fuziuni purulente
C. O comunicare a unei anse intestinale cu un alt organ cavitar prin intermediul unui canal îngust
D. O comunicare a unei anse intestinale cu un alt organ cavitar prin intermediul unei cavități purulente
E. Fistulele neformate pot cauza dezvoltarea unei peritonite difuze

4. CM. Pentru fistulele intestinale înalte sunt corecte afirmațiile:
A. Pierderile intestinale sunt semnificative şi pot conduce rapid la decompensare

B. Nu sunt caracteristice dereglările de homeostază
C. Volumul conținutului intestinal pierdut este minim
D. Derma alăturată orificiului extern este iritată exigent
E. Pacienții cu o fistulă intestinală înalt situată, de regulă, au un prognostic favorabil

5. CM. Pentru o fistulă intestinală joasă sunt caracteristice:
A. Dereglările hidroelectrolitice severe
B. Dereglările hipoproteice semnificative
C. Pierderile intestinale, de regulă, minime
D. Derma alăturată fistulei, de regulă, este schimbată neînsemnat
E. Prognosticul unei fistule formate, joase este favorabil

6. CM. După structura morfologică, deosebim următoarele forme de fistule:
A. Tubulare
B. Cilindrice
C. Labiale
D. Mixte
E. Mucipare

7. CS. Cel mai alarmant prognostic îl are următoarea formă de fistulă:
A. Situată la nivelul jejunului
B. Situată la nivelul ileonului
C. Situată la nivelul cecului
D. Fistula colonului transvers
E. Fistula perirectală

8. CM. În porțiunea de intestin situată distal de nivelul fistulei pot avea loc următoarele schimbări:
A. Hipertrofia epiteliului intestinal
B. Atrofia mucoasei
C. Atrofia stratului muscular
D. Hipertrofia compensatorie a tunicii musculare

E. Nu sunt, de regulă, caracteristice schimbările morfologice și funcționale

9. CM. Cauzele unei fistule neformate pot fi:
A. Intervențiile chirurgicale cu instalarea anastomozelor intestinale
B. Maladia Crohn
C. Traumele
D. Colecistita cronică calculoasă
E. Diverticulita

10. CM. Complicații ale unei fistule neformate pot fi:
A. Peritonita difuză
B. Pileflebita
C. Septicemia și septicopiemia
D. Flegmon al peretelui abdominal
E. Colita ulceroasă nespecifică

11. CS. Prognosticul unei fistule intestinale depinde de:
A. Durata prezenței acesteia
B. Nivelul situării
C. Debitul ei
D. Prezența complicațiilor
E. Nu depinde de factorii enumerați mai sus

12. Se pot autolichida spontan următoarele forme de fistule intestinale:
A. Labiale
B. Labiale cu un debit neînsemnat
C. Neformate cu un debit excesiv
D. Tubulare cu un debit neînsemnat
E. Toate fistulele intestinale cu timpul se închid singure, fără intervenție chirurgicală

13. CM. Indicații pentru instalarea unei fistule curative pot fi:
A. Apendicita acută catarală

B. Cancerul colorectal ocluziv
C. Colita ulceroasă nespecifică
D. Anexita bilaterală
E. Diverticuloza colonică complicată cu peritonită

14. CM. La pacienții operați la organele cavității peritoneale fistula intestinală poate fi cauza:
A. Dehiscenței parțiale de anastamoză
B. Lezării intraoperatorii a unei porțiuni de intestin
C. Unei eventrații postoperatorii fixate
D. Unei devascularizări exigente la mobilizarea intestinului
E. Unui regim de pat timp îndelungat

15. CS. Pentru care proces patologic este caracteristică apariția fistulei intestinale?
A. Boala ulceroasă
B. Malrotația duodenală
C. Maladia Crohn
D. Sindromul colonului iritat
E. Polipoza familială

16. CM. Semnele specifice caracteristice unei fistule intestinale externe sunt:
A. Eliminările stercorale
B. Evacuarea gazelor intestinale
C. Eliminările bilioase
D. Febra
E. Semnele dispeptice

17. CM. Pentru o fistulă intestinală internă sunt caracteristice următoarele semne specifice:
A. Diareea
B. Voma
C. Eliminările stercorale prin vagin

D. Eliminările stercorale la urinare
E. Rectoragia

18. CM. Dezvoltarea caşexiei la pacienții cu fistulă intestinală, prezentă timp îndelungat, este caracteristică în următoarele forme:
A. Fistulă jejunală
B. Fistulă ileonului
C. Fistulă tubulară joasă
D. Fistulă colorectală
E. În cazul unei fistule ileocolice interne

19. CM. Pentru a stabili localizarea fistulei intestinale este necesar a se recurge la următoarele metode de diagnostic:
A. USG
B. Fistulografie
C. Administrarea per os a unui colorant (verde de briliant)
D. Pasaj cu $BaSo_4$
E. Dopplerografie

20. CS. Cea mai importantă condiție pentru tratamentul conservator al unei fistule tubulare este:
A. Dieta
B. Antibioterapia
C. Sanarea permanentă a canalului fistulos
D. Micşorarea debitului acestei fistule
E. Administrarea corticosteroizilor

21. CM. Micşorarea volumului de eliminări ale unei fistule intestinale poate fi obținută prin:
A. Administrarea Octrotidei
B. Dietă
C. Spasmolitice
D. Instalarea diverselor obturatoare
E. Preparate din grupa β-adrenoblocatorilor

22. CM. În perioada preoperatorie pacienții cu fistule intestinale necesită:
A. Compensare hidroelectrolitică
B. Compensarea hipoproteinemiei
C. Tratamentul patologiilor concomitente
D. Regim de pat
E. Evitarea eforturilor fizice

23. CM. Fistulele formate ale colonului descendent se caracterizează prin:
A. Dereglări hidroelectrolitice severe
B. Caşexia, de regulă, nu este caracteristică
C. Nu se înregistrează dereglări acidobazice semnificative
D. Starea generală a pacienților este, de regulă, satisfăcătoare
E. Hemodinamica pacienților este instabilă

24. CM. Profilaxia dermatitelor parafistulare se realizează prin aplicarea şi administrarea:
A. Corticosteroizilor
B. Unguentului cu Zn
C. Razelor ultraviolete
D. H-blocatorilor
E. Micşorarea debitului

25. CM. Pentru stabilirea tacticii chirurgicale la pacienții cu o fistulă artificială sunt binevenite:
A. Fistulografia
B. Irigoscopia
C. Rectoromanoscopia
D. RMN
E. Eco-Dopplerografia

26. CS. Metoda preferabilă, actuală de rezolvare chirurgicală a fistulei intestinale este:
A. Metoda extraperitoneală
B. Metoda intraperitoneală
C. Combinată
D. Metodele intra- şi extraperitoneală sunt folosite aproximativ egal
E. Nu sunt folosite metodele sus-menționate

27. CS. Letalitatea postoperatorie în intervențiile de lichidare a fistulei intestinale este mai înaltă în caz de folosire a următoarei metode:
A. Intraperitoneale
B. Extraperitoneale
C. Egal
D. Letalitatea nu este înregistrată
E. Nu sunt astfel de date statistice

28. CM. Metoda extraperitoneală de lichidare a fistulei intestinale reprezintă:
A. Suturarea orificiului extern al fistulei
B. Rezecția porțiunii purtătoare de intestin cu anastomoză
C. Se recurge la incizia dermei la frontiera fistulei cu aplicarea lamboului de piele asupra acesteia
D. Anastomoza de ocolire
E. Excluderea bilaterală a fistulei

29. CM. Metoda intraperitoneală de lichidare a fistulei intestinale reprezintă:
A. Rezecția porțiunii purtătoare de fistulă cu anastomoza termino-terminală
B. Aplicarea anastomozei ¾ Melnikov
C. Suturarea fistulei
D. Anastomoze de ocolire a fistulei
E. Suturarea şi plastia cu un lambou de piele a fistulei

30. CM. La pacienții cu o fistulă neformată, colică, cu un sindrom de intoxicare progresiv este binevenită:
A. Rezecția porțiunii purtătoare de fistulă cu anastomoza termino-terminală
B. Aplicarea anastomozei ¾ Melnikov
C. Excluderea fistulei şi a procesului septic prin instalarea unei ileostome proximale
D. Sanarea fuziunii purulente
E. Nici una din metodele propuse nu poate fi folosită în situația respectivă

31. CS. Aspectul negativ al metodei extraperitoneale de lichidare a fistulei intestinale este:
A. Dificultatea tehnică
B. Frecvența înaltă a recidivei
C. Durata îndelungată a intervenției
D. Complicații severe, frecvente
E. Este o metodă optimă de rezolvare a fistulei

32. CM. Metoda extraperitoneală de lichidare a fistulei intestinale este preferabilă:
A. La toți pacienții cu fistule formate
B. La pacienții cu o vârstă înaintată
C. La pacienții cu patologii cardiovasculare severe
D. La pacienții cu o fistulă neformată
E. La pacienții care au suportat operația Hartmann

33. CM. Care din complicațiile enumerate mai jos sunt mai frecvente după folosirea metodei extraperitoneale de lichidare a fistulei intestinale?
A. Hemoperitoneumul
B. Peritonita postoperatorie
C. Recidiva fistulei
D. Tromboembolia

E. Insuficiența hepatorenală

34. CS. Termenele optime de lichidare a fistulei curative sunt:
A. 2–8 săptămâni de la instalare
B. 2–8 luni
C. 9–15 luni
D. 16–24 luni
E. Termenele nu au importanță

35. CM. Metoda intraperitoneală de lichidare a fistulei intestinale este indicată:
A. Pacienților care au suportat operația Hartmann
B. Pacienților numai cu colostome biluminale
C. Fistule interne colo-vezicale
D. Fistule interne ileo-vezicale
E. Pacienților cu patologii cardiovasculare severe

36. CM. Rezecția marginală a intestinului cu anastomoză ¾ Melnikov poate fi realizată:
A. În caz de o fistulă tubulară
B. În caz de o colostomă biluminală
C. În caz de colostomă (iliacă) terminală
D. În cazul unei fistule neformate
E. Este posibilă permanent

37. CM. Rezecția porțiunii purtătoare de fistulă, cu aplicarea anastomozei este posibilă:
A. La pacienții după operația Hartmann
B. După operația Queniu-Müller
C. După hemicolectomie cu colostomă
D. Numai în caz de fistulă neformată
E. Maladia Crohn

38. CS. Complicația cea mai frecventă, după intervențiile de lichidare a fistulei prin procedeul intraperitoneal, este:
A. Dehiscența anastomozei
B. Recidiva fistulei
C. Supurarea plăgii postoperatorii
D. Tromboembolia arterei pulmonare
E. Ocluzia intestinală

39. CM. Cauza fistulei, după o rezecție de intestin, poate fi:
A. Mobilizarea excesivă a intestinului
B. Defecte tehnice
C. Deserozarea şi lezarea intestinului
D. Infecția şi antibioterapia inadecvată
E. Regimul de pat postoperator îndelungat

40. CM. În caz de fistulă neformată, ce comunică cu mediul exterior prin intermediul unei cavități purulente, poate avea loc:
A. Eruperea în cavitatea peritoneală
B. Declanşarea pileflebitei
C. Septicemie
D. Formarea fistulei tubulare
E. Autolichidarea rapidă

41. CM. Reabilitarea pacienților cu o colostomă terminală, în condiția unui bont distal scurt (4–5 cm), poate fi atinsă:
A. Prin instalarea unei anastomoze colorectale termino-terminale
B. Prin instalarea anastomozei termino-laterale
C. Prin instalarea anastomozelor mecanice
D. Prin anastomoză tip Duhamel
E. Tehnic nu este realizabilă

42. CS. Metoda preferabilă de reabilitare a pacienților după extirparea rectului:
A. Coborârea transperineală a rectului

B. Coborârea transperineală cu modelarea unui rezervor G-Pauci
C. Coborârea transanală cu modelarea unui sfincter din m. Grațilis
D. Colostoma transperineală cu modelarea unui sfincter din m. Grațilis
E. Reabilitarea chirurgicală nu este posibilă

43. CS. Irigoscopia, în caz de o fistulă a colonului, se efectuează cu:
A. Verografin
B. Iodlipol
C. Cardiotrast
D. Soluție $BaSO_4$
E. Albastru de metilen

44. CM. Tratamentul local al fistulei intestinale prevede:
A. Tratamentul plăgii purulente
B. Protecția țesuturilor de eliminările fistulei
C. Micşorarea volumului de eliminări
D. Raze ultraviolete
E. Electroforeza cu glucocorticoizi

45. CS. Pentru care din patologiile enumerate mai jos este mai des caracteristică formarea fistulei interne?
A. Maladia Crohn
B. Apendicita acută
C. Colecistita cronică
D. Ulcerul peptic penetrant
E. Colita ulceroasă nespecifică

46. CM. Pentru fistula gastrocolică sunt caracteristice:
A. Diareea
B. Caşexia
C. Edemele disproteice
D. Pneumonia
E. Eructațiile cu miros fetid

47. CM. Pierderile exigente, în caz de o fistulă intestinală înaltă, pot conduce la:
A. Reducerea volumului de circulație a sângelui
B. Hipotonie
C. Majorarea filtrației glomerulare
D. Schimbări catabolice
E. Micşorarea diurezei

48. CS. În fistulele colorectale predomină:
A. Schimbările hidroelectrolitice
B. Schimbările acidobazice
C. Schimbările hipoproteice
D. Schimbările septico-purulente
E. Dereglările cardiovasculare

49. CS. Reabilitarea chirurgicală optimă la pacienții, care au suportat colproctectomie subtotală cu ileostomie terminală, în caz de colită ulceroasă nespecifică, constă în:
A. Ileostomie transperineală
B. Ileostomie transanală
C. Ileostomie transanală cu formarea unui rezervor G-Pauci
D. Operație Svenson
E. Tehnic nu e posibilă

50. CS. În caz de fistulă interstițială rectovaginală transsfincteriană, se recurge la:
A. O anastomoză de eludare
B. Rezecția anterioară a rectului
C. Operația Queniu-Müller
D. Extirparea rectului
E. Excizia fistulei în lumenul rectului

Răspunsuri corecte. **Fistulele intestinale**

1 ABCE; 2 AB; 3 BDE; 4 AD; 5 CDE; 6 ACD; 7 A; 8 BC; 9 ABCE; 10 ABCD; 11 ABCD; 12 D; 13 BCE; 14 ABCD; 15 C; 16 ABC; 17 CD; 18 AB; 19 BCD; 20 D; 21 ABD; 22 ABC; 23 BCD; 24 BE; 25 ABC; 26 B; 27 A; 28 AC; 29 ABD; 30 CD; 31 B; 32 BC; 33 C; 34 B; 35 ACD; 36 AB; 37 ACE; 38 C; 39 ABCD; 40 ABCD; 41 ABCD; 42 C; 43 D; 44 ABC; 45 A; 46 ABCD; 47 ABDE; 48 D; 49 C; 50 E.

4.21. APENDICITA ACUTĂ

1. CM. Care din afirmațiile următoare, referitoare la apendicita acută, sunt adevărate?
   A. Survine frecvent între 10–40 de ani
   B. Poate fi prezentă şi la bătrâni şi adulți
   C. Are o frecvență foarte redusă la nou-născuți şi sugari
   D. Este cea mai frecventă urgență abdominală
   E. Se tratează adesea conservator

2. CM. Programul diagnostic al apendicitei acute cuprinde:
   A. Anamneza detaliată
   B. Se exclude patologia somatică ce simulează afecțiunile acute chirurgicale
   C. Tuşeul rectal la bărbați şi suplimentar tuşeul vaginal la femei
   D. Investigații de laborator
   E. Laparoscopia diagnostică obligatorie

3. CS. Dintre factorii implicați în instalarea apendicitei rolul dominant îl are:
   A. Spasmul sau tromboza a.apendicularis
   B. Excesul de proteine în rația alimentară
   C. Tulburări de motilitate a cecului
   D. Obstruarea apendicelui cecal
   E. Diseminarea enterogenă sau hematogenă a infecției

4. CS. Obstrucția apendicelui cauzează o impermeabilitate de tipul ansei închise, în care circumstanțe au loc următoarele fenomene, exceptând:
   A. Scăderea presiunii în lumenul apendicelui
   B. Proliferarea florei microbiene
   C. Tulburările circulatorii în peretele organului
   D. Invazia bacteriană
   E. Infarctul pe marginea antimezenterică a apendicelui

5. CS. Dintre simptomele de debut ale apendicitei cele mai constante sunt:
   A. Anorexia
   B. Durerile abdominale
   C. Voma
   D. Disfuncțiile intestinale
   E. Febra

6. CS. În funcție de forma clinică a apendicitei, semnele abdominale variază pe un diapazon vast. În care varietate a apendicitei simptomele abdominale se manifestă la un grad minim?
   A. Retrocecală
   B. Subhepatică
   C. Pelviană
   D. Sinistrolaterală
   E. Mezoceliacă

7. CS. Care din varietățile apendicitei mai frecvent conduce la un proces distructiv?
   A. Subhepatică
   B. Retrocecală
   C. Sinistrolaterală
   D. Pelviană
   E. Mezoceliacă

8. CS. Testul pozitiv al psoasului este prezent în simptomatologia:
   A. Empiemului apendicular
   B. Plastronului apendicular
   C. Apendicitei pelviene
   D. Apendicitei retrocecale
   E. Apendicitei perforate

9. CS. În apendicita gangrenoasă se observă toate simptomele enumerate aici, exceptând:
A. Intoxicatia
B. Tahicardia fără raport cu temperatura
C. Durerile abdominale violente
D. Pareza intestinală
E. Leucopenia

10. CS. Fenomene de disurie, leucocite, uneori şi hematii în urină se constată în:
A. Apendicita pelviană
B. Apendicita herniară
C. Empiemul apendicular
D. Apendicita din prima jumătate a sarcinii
E. Apendicita gangrenoasă

11. CS. Durerile în hipogastrul drept, hiperestezia cutanată, apărarea musculară, simptomul Şcetkin-Bliumberg constituie semnele triviale ale apendicitei. Cu toate acestea, în funcţie de topografia apendicelui, de starea generală şi vârsta bolnavului, de afecţiunile asociate etc., tabloul clinic poate să difere esenţial de cel clasic. Pentru a verifica diagnosticul în asemenea circumstanţe, cea mai indicată investigaţie o constituie:
A. Tactul rectal
B. Examenul radiologic cu substanţă de contrast
C. Laparoscopia
D. Puncţia abdominală
E. Puncţia-lavaj a cavităţii peritoneale

12. CS. Este lipsit de sens clinic diagnosticul diferenţial al apendicitei acute cu:
A. Colecistita acută
B. Ulcerul perforat
C. Pancreatita acută

D. Diverticulita Meckel
E. Gastroenterita acută

13. CS. Cel mai important simptom, ce permite diferenţierea pielonefritei acute de apendicită, îl constituie:
A. Febra cu frisoane
B. Lombalgia
C. Testul psoas pozitiv
D. Nivelul de bacteriurie
E. Leucocituria

14. CS. Durerile acute în hipogastru cu iradiere în perineu, faţa internă a coapsei, tenesmele vezicale, vomele, tactul vaginal relevă o formaţiune sferoidă, glabră, elastică, detaşabilă de uter:
A. Apendicită acută
B. Ruperea foliculului de Graaf
C. Sarcină extrauterină ruptă
D. Torsiunea chistului ovarian
E. Salpingooforită acută

15. CS. La jumătatea ciclului menstrual survin dureri acute în hipogastru, cu transfer în regiunile inghinale, frecvent cu iradiere în vagin, perineu, rect, lipotimie pasageră:
A. Apendicită acută
B. Ruperea foliculului de Graaf
C. Sarcină extrauterină ruptă
D. Torsiunea chistului ovarian
E. Salpingooforită acută

16. CS. Tegumente cianotice, hipotonie, anemie, simptom Kulencampff, puncţia fundului de sac posterior al vaginului prelevă sânge ce nu se coagulează:
A. Apendicită acută
B. Ruperea foliculului de Graaf

C. Sarcină extrauterină ruptă
D. Torsiunea chistului ovarian
E. Salpingooforită acută

17. CS. Dureri în hipogastru cu iradieri în spate, regiunea lombară, vagin, perineu, frecvent însoțite de secreții vaginale mucopurulente, durere acută la tentativa de a stabili motilitatea uterului prin tact bimanual:
A. Apendicită acută
B. Ruperea foliculului de Graaf
C. Sarcină extrauterină ruptă
D. Torsiunea chistului ovarian
E. Salpingooforită acută

18. CS. Întârzierea menstrelor ordinare, secreții vaginale cu caracter sanguinolent, dureri acute în hipogastru, lipotimie, stare de colaps:
A. Apendicită acută
B. Ruperea foliculului de Graaf
C. Sarcină extrauterină ruptă
D. Torsiunea chistului ovarian
E. Salpingooforită acută

19. CM. Care sunt cele mai probabile complicații în caz de?
A. Perforare a apendicelui
B. Abcese intraperitoneale
C. Şoc septic
D. Peritonită supurativă difuză
E. Pileflebită

20. CM. Dintre complicațiile posibile ale apendicitei acute fac parte:
A. Plastronul apendicular
B. Abcesul apendicular
C. Peritonita supurativă difuză
D. Pileflebita

21. CM. Care sunt căile de acces recomandabile, daca până la intervenție diagnosticul "apendicită acută" a fost stabilit doar prezumptiv?
A. Incizia pararectală Lennander
B. Incizia prelungită Volkovici-Diakonov
C. Laparotomia mediană subombilicală
D. Laparotomia mediană supra- şi subombilicală

22. CM. Ce vom întreprinde înainte de a extirpa un apendice cu semne de inflamație superficială?
A. Explorarea ileonului pe o lungime de cel puțin 1 m
B. Inspecția uterului şi anexelor lui
C. Inspecția porțiunilor ascendente la colon
D. Administrarea soluției de indigocarmin în stomac

23. CM. Tratamentul apendicitei perforate cu semne clinice de peritonită în hipogastru, determinată înainte de intervenție, include:
A. Laparotomia mediană subombilicală
B. Apendicectomia
C. Curățarea cavității peritoneale
D. Drenajul cavității peritoneale

24. CS. În cazurile, în care înfundarea fiabilă a bontului apendicular este imposibilă, se va recurge la:
A. Ligaturarea bontului cu fir neresorbabil, lasându-l în cavitatea abdominală
B. Extraperitonizarea zonei bontului
C. Instituirea unei cecostomii
D. Elecția procedeului, ținându-se cont de circumstanțe

25. CS. Abcedarea plastronului apendicular este însoțită de următoarele simptome, exceptând:
A. Febra hectică
B. Intoxicația
C. Durerile în regiunea iliacă dreaptă

D. Eritemul şi fluctuaţia
E. Leucocitoza crescută

26. CS. Ce tactică se va considera adecvată în situaţia în care, intraoperatoriu, se detectează un plastron apendicular?
A. Apendicectomia
B. Apendicectomia şi drenajul cavitatii peritoneale
C. Apendicectomia cu instituirea unei cecostomii
D. Închiderea cavităţii abdominale
E. Drenajul cavităţii peritoneale

27. CS. Reinternarea în vederea unei apendicectomii după resorbţia plastronului apendicular se va face peste:
A. 1–2 luni
B. 3–4 luni
C. 6 luni
D. 8 luni
E. 12 luni

28. CS. În momentul laparotomiei în fosa iliacă se constată o acumulare masivă de lichid cu nuanţă verzuie şi miros acid, hiperemie a apendicelui şi a segmentelor intestinale adiacente. Pentru care afecţiune sunt tipice aceste fenomene?
A. Colecistită acută
B. Ocluzie intestinală
C. Pancreatită acută
D. Ulcer perforat
E. Diverticulită Meckel

29. CS. Când intraoperatoriu se infirmă diagnosticul de apendicită, sunt recomandabile următoarele acţiuni, exceptând:
A. Cercetarea lichidului sau exsudatului din cavitatea peritoneală
B. Inspecţia organelor din micul bazin
C. Explorarea veziculei biliare şi a zonei gastro-duodenale

D. Explorarea ileonului pe o lungime de cel puţin 1 m
E. Apendicectomia

30. CS. Care din acţiunile enumerate în continuare este raţională în situaţiile următoare: când nu avem certitudinea unei hemostaze perfecte, când apendicele sau o porţiune din el nu a putut fi extirpat, când bontul apendicular nu este închis fiabil?
A. Conduita deschisă a plăgii fără suturi cutanate
B. Explorarea cavitaţii abdominale peste 24 de ore
C. Administrarea topică a antibioticelor prin microirigator
D. Drenajul cavităţii peritoneale
E. Antibioterapia

31. CS. Cea mai puţin verosimilă cauză a febrei în termen, ce depăşeşte 3–5 zile postapendicectomie, este:
A. Supuraţia plăgii
B. Abcesul intraperitoneal
C. Pneumonia
D. Tromboflebita venelor profunde ale gambei
E. Efectele adverse ale antibioterapiei

32. CS. Un bărbat de 36 de ani a suportat o intervenţie pentru apendicită acută. În ziua a 10-a prezenta febră hectică, acuza dureri în hipocondrul drept, cu iradiere în regiunea umărului şi cu intensificare la inspir profund. Examenul radiologic a vizualizat o ridicare anormală a cupolei diafragmatice din dreapta, atelectaziile segmentelor bazale ale plămânilor, revărsate în cavitatea pleurală. Care este complicaţia cea mai verosimilă?
A. Pneumonia
B. Abcesul subfrenic
C. Abcesul hepatic
D. Abcesul subhepatic
E. Pileflebita

33. CS. În a 5-a – a 7-a zi postapendicectomie s-au manifestat anumite simptome. Care din ele conține informația ce ne-ar putea sugera localizarea focarului septic?
A. Febra
B. Durerile abdominale
C. Fenomenele disurice, tenesmele, diareea
D. Numărul de leucocite în urină – $2 \cdot 10^3$ ml
E. Leucocitoza crescută

34. CS. Rolul principal în terapia abceselor intraperitoneale, apărute în urma intervențiilor în boli chirurgicale acute, inclusiv în apendicită, îl dețin:
A. Antibioticele
B. Enzimele proteolitice
C. Preparatele imunomodulatoare
D. Drenajul transcutan
E. Intervenția chirurgicală

35. CS. Din totalitatea cazurilor de apendicită la gravide, incidența ei in prima jumătate a sarcinii echivalează cu:
A. 10%
B. 25%
C. 40%
D. 55%
E. 75%

36. CS. Care din afirmațiile referitoare la apendicită în termenii avansați ai sarcinii este eronată?
A. Unele simptome ale apendicitei și sarcinii sunt confundabile
B. Localizarea durerilor este atipică
C. Apărarea musculară este compromisă
D. Reacția leucocitară, de obicei, lipsește
E. Patologia primară poate fi simulată de contracțiile uterine, provocate de peritonită

37. CM. Postapendicectomic, gravidelor le sunt indicate:
A. Repaus la pat
B. Sulfat de magneziu
C. Vitamina E
D. Prozerină

38. CM. În peritonita difuză de geneză apendiculară gravidelor cu sarcina ajunsă la termen le sunt indicate:
A. Cezariana
B. Apendicectomia
C. Curățarea și drenajul cavității peritoneale
D. Histerectomia

39. CM. Raritatea apendicitei la copiii de vârsta sub 5 ani se explică prin:
A. Forma apendicelui
B. Proprietatea regeneratoare a țesuturilor organismului infantil
C. Starea aparatului limfoid
D. Proprietățile plastice ale peritoneului

40. CM. La copii, apendicita este deosebit de redutabilă din cauza:
A. Evoluției vertiginoase a afecțiunii
B. Frecvenței înalte a complicațiilor
C. Subdezvoltării mecanismelor de protecție generală și topică
D. Dificultăților de diagnostic

41. CM. În apendicita la copii se adoptă o tactică chirurgicală mai energică, date fiind:
A. Particularitățile ei de evoluție
B. Starea mecanismelor de protecție topică
C. Gradul de rezistență a organismului infantil la infecții
D. Dificultățile de diagnostic

42. CM. Apendicita acută la persoanele senescente se distinge prin:
A. Rata înaltă a formelor distructive
B. Gradul de manifestare locală a fenomenelor morbide
C. Caracterul reacției febrile
D. Reacția leucocitară

43. CS. La bătrânii peste 70 de ani apendicita acută perforează în:
A. 20%
B. 26%
C. 32%
D. 40%
E. 50%

44. CM. Semnele clinice în apendicita acută pelviană sunt:
A. Durerea în hipogastru
B. Retenția acută de urină
C. Icterul
D. Polakiuria
E. Tenesmele

45. CS. Cea mai frecventă tulburare de tranzit intestinal în apendicita acută este:
A. Constipația
B. Diareea incoerentă
C. Ectoragia
D. Melena
E. Diareea sanguinolentă

46. CM. Prin ce se caracterizează triada Dieulafoy?
A. Dureri în fosa iliacă dreaptă
B. Dureri în epigastru
C. Hiperestezie cutanată
D. Tumefacție în fosa iliacă dreaptă
E. Apărare musculară în fosa iliacă dreaptă

47. CM. Cele mai frecvente localizări ale apendicitei acute, care determină abcesul apendicular, sunt:
A. Retrocecale
B. Mezoceliace
C. Pelvine
D. Iliace
E. În fosa iliacă stângă

48. CM. "Sindromul zilei a 5-a – a 7-a", descris inițial la copii și recunoscut la adulți, este caracterizat prin:
A. Debut brutal în ziua a 5-a – a 7-a, evoluție postapen-dicectomie simplă
B. Se manifestă prin sindrom peritoneal difuz cu contractură abdominală și febră
C. Este indicată intervenția chirurgicală de urgență
D. Intraoperator nu este depistată cauza peritonitei
E. Este cauza manevrelor cu bontul apendicular și contactul cu peritoneul

49. CM. Indicați particularitățile tabloului clinic în apendicita acută pelvină:
A. Lipsa durerilor locale în triunghiul Cherer
B. Component sanguin în mase fecale
C. Dureri accentuate în regiunea peretelui anterior al rectului la tușeul rectal
D. Lipsa reacției febrile
E. Manevra Pasternațki pozitivă

50. CM. Tamponamentul cavității abdominale ("tampon-țigară") cu tampoane de cauciuc și tifon postapendicectomie este indicat în:
A. Imposibilitatea extirpării integrale ori parțiale a apendicelui vermicular
B. Drenarea abcesului periapendicular
C. Dubii în hemostaze ferme și hemoragie parenchimatoasă din patul apendicelui vermicular

D. Pericolul dehiscenței suturii aplicate în condițiile inflamației cupolei cecului
E. Apendicita retrocecală, complicată cu supurația țesutului adipos retroperitoneal

51. CS. Doar intraoperator este posibil diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu:
A. Ileita terminală (boala Crohn)
B. Diverticulita Meckel
C. Pielonefrita
D. Diverticulul
E. Pancreatita acută

52. CM. Apendicita acută la pacienții senili se caracterizează prin:
A. Preponderența formelor distructive ale maladiei
B. Dezvoltarea frecventă a formelor primar-gangrenoase ale apendicitei
C. Atenuarea manifestărilor clinice
D. Diminuarea fazei epigastrale a sindromului algic
E. Evidențierea promptă a semnului Koher

53. CM. Care sunt particularitățile clinice ale apendicitei acute în a doua jumătate a sarcinii?
A. Sindromul doloric slab pronunțat, asemenea distensiei aparatului ligamentar al uterului
B. Absența manevrei Koher
C. Localizarea înaltă a durerilor în jumătatea dreaptă a abdomenului
D. Defans muscular şi dureri locale în regiunea dreaptă
E. Sindromul Sitkovski invers pozitiv

54. CM. În diagnosticul apendicitei acute pelviene se orientează la:
A. Delimitarea rapidă a procesului inflamator în cavitatea bazinului mic

B. Slab sunt manifestate ori absente simptomele de excitație peritoneală
C. Incertitudinea simptomelor clinice apendiculare
D. Importanța tuşeului rectal şi vaginal minimalizată
E. Incidența frecventă a flegmonului retroperitoneal

55. CM. Apendicita acută retrocecală se caracterizează prin:
A. Diagnostic întârziat
B. Spitalizare tardivă a pacienților
C. Frecvența sporită a formelor distructive
D. Simptomul de excitare peritoneală slab manifestat
E. Simptomul Koher pozitiv

56. CM. Manifestările clinice ale abcesului subdiafragmal după apendicectomie sunt:
A. Dureri în hemitorace pe dreapta şi regiunea superioară a abdomenului la inspir
B. Dureri la palpare în regiunea coastelor inferioare
C. Temperatura hectică
D. Prolabarea spațiilor intercostale inferioare
E. Mărirea limitelor matității hepatice

57. CM. În diagnosticul diferențial al apendicitei acute şi colicii renale pe dreapta se practică:
A. Administrarea spasmoliticelor
B. Administrarea preparatelor stupefiante
C. Examinarea urgentă a urinei
D. Cromicistoscopia
E. Angiografia arterelor renale

58. CM. În diagnosticul diferențial al abcesului subdiafragmal şi pneumoniei lobare inferioare pe dreapta în favoarea abcesului sunt informative:
A. Limitarea excursiei hemidiafragmului drept la radioscopia cutiei toracice

B. Prezența nivelului hidroaeric suprahepatic la radiografia de panoramă pe gol a cavității abdominale
C. Aspirația puroiului la puncția pleurală pe dreapta
D. Aspirația puroiului la puncția spațiului subdiafragmal pe dreapta
E. Opacitatea lobului inferior al plămânului drept la radioscopia cutiei toracice

59. CS. La o pacientă de 23 de ani, cu sarcina de 32 de săptămâni, care este supravegheată în dinamică timp de 18 ore, nu se poate exclude prompt apendicita acută. Care este tactica chirurgicală?
A. Pacienta necesită un tratament chirurgical
B. Necesită o supraveghere prelungită
C. Necesită examenul ultrasonor al organelor cavității abdominale
D. Întreruperea artificială a gravidității, apoi efectuarea apendicetomiei
E. Efectuarea laparoscopiei şi confirmarea diagnosticului de operat

60. CM. Care sunt semnele clinice ale apendicitei acute gangrenoase?
A. "Abdomen de lemn"
B. Dureri bruşte în regiunea iliacă pe dreapta
C. Diminuarea senzațiilor dureroase
D. Tahicardie
E. Simptomul Şcetkin-Bliumberg pozitiv

61. CS. Care metodă de diagnostic este mai informativă în diagnosticul diferențial al apendicitei acute şi sarcina extrauterină?
A. Leucocitoza în sângele periferic
B. Termometria cutanată
C. Radiografia pe gol a cavității abdominale
D. Puncția fornexului posterior
E. Toate răspunsurile sunt corecte

62. CS. Tratamentul chirurgical în apendicita acută este contraindicat în caz de:
A. Plastron apendicular
B. Sarcină de 36–38 de săptămâni
C. Cardiopatie dobândită cu decompensare
D. Infarct miocardic acut
E. Apendicită acută cataralâ

63. CS. Procedeul rațional de prelucrare a bontului apendicelui cecal la maturi este:
A. Ligaturarea cu sutură de mătase cu înfundarea bontului
B. Ligaturarea cu sutură de mătase fără înfundarea bontului
C. Înfundarea bontului fără ligaturarea lui
D. Ligaturarea cu sutură de catgut fără înfundarea lui
E. Ligaturarea cu sutură de catgut cu înfundarea bontului

64. CS. Plastronul apendicular apare, de obicei:
A. În primele 2 zile de la debutul maladiei
B. În a 3-a – a 4-a zi de la debut
C. În 7-a – a 9-a zi de la debut
D. În perioada precoce postapendicectomiei
E. În perioada tardivă postapendicectomiei

65. CM. Apendicita acută complicată cu plastron apendicular necesită un tratament conservator, fiindcă:
A. Este posibilă evoluția abortivă
B. Este posibilă resorbția plastronului
C. La tentativa de practicare a apendicectomiei în plastron este posibilă afectarea iatrogenă a organelor adiacente
D. După reabsorbția plastronului se dezvoltă o formă uşoară a bolii – apendicita cronică
E. La tentativa de practicare a apendicectomiei în plastron este posibilă peritonita

66. CM. În tratamentul plastronului dur fără abcedare se aplică:
A. Poziția elevată a părții cefalice a patului
B. Antibioterapia de spectru larg
C. Aplicații termice de microclisme
D. Dieta
E. Clistere evacuatorii permanente

67. CS. Dezvoltarea procesului patologic în apendicite acute debutează din:
A. Seroasa apendicelui vermicular
B. Mucoasa apendicelui vermicular
C. Stratul muscular
D. Mucoasa cupolei cecului
E. Nodulii regionali ai apendicelui vermicular

68. CM. Drenarea plastronului apendicular abcedat este determinată de:
A. Intervenția chirurgicală
B. După posibilități, rațională este calea de abord extraperitoneal (Pirogov)
C. Apariția semnelor de excitație peritoneală
D. Leucocitoza, VSH sporit
E. Lipsa tendinței diminuării plastronului după 7–10 zile de tratament intensiv și antibacterian

69. CM. În diagnosticul diferențial al plastronului apendicular cu tumoarea de cec sunt caracteristice:
A. Anamneza scurtă a maladiei
B. Debutul brusc cu dureri acute în regiunea iliacă pe dreapta
C. Semnul Koher (de rebord)
D. În anamneză apare periodic ocluzia intestinală parțială
E. Tendința micșorării formațiunii de volum palpabile în procesul de tratament și supraveghere

70. CS. Pileflebita acută prezintă o tromboflebită purulentă a sistemului venei porte, în 75% sursă de metastazare este:
A. Apendicita acută
B. Colecistita acută
C. Pancreonecroza
D. Colita ulceroasă
E. Procesele supurative retroperitoneale

71. CS. Incidența pileflebitei – o complicație a apendicitei acute – este în proporție de:
A. 0,03–0,15%
B. 2,5–6,4%
C. 10,4–12,4%
D. 7,8–12,8%
E. Răspunsuri incorecte

72. CM. Clinic pileflebita acută se manifestă prin:
A. Dureri în jumătatea dreaptă a abdomenului
B. Febră hectică, frisoane
C. Ictericitate a tegumentelor
D. Iradiere a durerilor în spate, umărul drept, claviculă
E. Mărirea hotarelor hepatice

73. CM Pentru pileflebita acută sunt caracteristice:
A. Leucocitoza sporită (20–30) $\cdot 10^{12}$/l cu deviere în stânga a formulei leucocitare
B. Bilirubinemia, activitatea sporită a aminotransferazelor
C. Hiperfibrinogenemia
D. Abcesele multiple hepatice, depistate la examenul ultrasonor
E. Simptomul Spijarski pozitiv

74. CS. Diagnosticul prompt de pileflebită acută se stabilește prin:
A. Radioscopia de panoramă a organelor cavității abdominale
B. Scintigrafie hepatică

C. Celiacografie
D. Laparoscopie
E. Hepatovenografie transombilicală

75. CS. Flegmonul spațiului retroperitonial, ca o complicație a apendicitei acute, apare în:
A. Sediul ascendent subhepatic al apendicelui cecal
B. Peritonita localizată în regiunea iliacă dreaptă
C. Sediul retroperitoneal al apendicelui cecal
D. Sediul mezoceliac al apendicelui cecal
E. Sediul laterocecal al apendicelui cecal

***Răspunsuri corecte.* Apendicita acută**

1 ABCD; 2 ABCD; 3 D; 4 A; 5 A; 6 C; 7 B; 8 D; 9 C; 10 A; 11 C; 12 D; 13 D; 14 D; 15 B; 16 C; 17 D; 18 C; 19 AC; 20 ABCD; 21 AC; 22 ABC; 23 ABCD; 24 D; 25 D; 26 E; 27 B; 28 D; 29 E; 30 D; 31 E; 32 B; 33 C; 34 E; 35 E; 36 D; 37 ABC; 38 ABC; 39 AC; 40 ABCD; 41 ABCD; 42 ABCD; 43 E; 44 ADE; 45 A; 46 ACE; 47 AB; 48 ABDE; 49 AC; 50; 51 B; 52 ABCD; 53 ACE; 54 ABC; 55 ABCD; 56 ABCD; 57 ACD; 58 ABD; 59 A; 60 CDE; 61 D; 62 A; 63 E; 64 B; 65 AC; 66 ABC; 67 B; 68 ABCE; 69 ABCE; 70 A; 71 A; 72 ABCDE; 73 ABCD; 74 E; 75 C.

4.22. COLECISTITA ACUTĂ

1. CS. Care este rata cazurilor, în care structura anatomică a căilor biliare extrahepatice şi a vaselor însoțitoare corespunde descrierii clasice?
A. 15%
B. 30%
C. 50%
D. 70%
E. 85%

2. CS. Rata colecistitei acute la pacienții senili alcătuieşte:
A. 22%–64,4%
B. 10,8–30,8%
C. 64,2–70%
D. 15,4–12,5%

3. CM. Triunghiul Calot include:
A. Baza triunghiului – ductul hepatic comun
B. Partea inferioară – ductul cistic şi porțiunea superioară a colului
C. Partea superioară – artera cistică
D. Baza triunghiului – coledocul
E. Partea superioară – vena cistică

4. CS. Instalarea colecistitei acute se datorează, în primul rând:
A. Colestazei în veziculă
B. Efectului iritant al acizilor biliari
C. Hidrolizei lipidelor în lumenul vezicular
D. Infecției
E. Ischemiei veziculei biliare

5. CS. Colecistita acută se instalează mai frecvent în urma colestazei acute, pe fundal de obstruare a gâtului veziculei biliare. Iată de ce prima manifestare a crizei tipice o constituie:
   A. Febra
   B. Anorexia şi voma
   C. Accesul de colică biliară
   D. Icterul
   E. Vezicula biliară palpabilă în hipocondrul drept

6. CS. Icterul în colecistita acută nu poate fi o consecinţă a:
   A. Hepatitei
   B. Spasmului sfincterului Oddi
   C. Infiltraţiei inflamatorii a căilor biliare
   D. Blocului canalului cistic
   E. Litiazei coledocului

7. CS. Colecistita acută poate să se complice cu perforarea veziculei în lumenul unui organ din vecinătate. Mai frecvent acest organ este:
   A. Stomacul
   B. Duodenul
   C. Intestinul subţire
   D. Unghiul hepatic al colonului
   E. Rinichiul

8. CS. Dintre simptomele de colecistită acută, prezentate în continuare, cea mai redutabilă este:
   A. Febra
   B. Voma iterativă
   C. Icterul moderat
   D. Tahicardia
   E. Plastronul colecistic

9. CS. Cea mai bună metodă de investigaţie pentru confirmarea diagnosticului de colecistită acută o constituie:
   A. Colecistografia
   B. Ecografia
   C. Tomografia computerizată
   D. Colescintigrafia
   E. Laparoscopia

10. CS. Care moment poate fi considerat propice pentru intervenţia chirurgicală în colecistita acută, daca nu există pericol de complicaţii:
   A. Imediat după începutul crizei
   B. După o pregătire respectivă timp de 4–6 ore
   C. După o terapie conservatoare timp de 24–48 de ore
   D. Perioada rece până la externare
   E. Cu ocazia reinternării peste 6–8 săptămâni

11. CS. Primele măsuri terapeutice în colecistita acută le includ pe toate cele enumerate mai jos, exceptând:
   A. Infuzia intravenoasă de lichide
   B. Administrarea parenterală a analgezicelor
   C. Administrarea parenterală a antibioticelor
   D. Suprimarea alimentaţiei orale
   E. Aspiraţia gastrică continuă

12. CS. În cadrul intervenţiei pentru colecistită acută au fost relevate: o veziculă cu alterări morfologice brutale, aderenţe strânse în regiunea infundibulo-cistică, calea biliară principală mascată de procesul inflamator. În asemenea circumstanţe se recomandă:
   A. Colecistectomia anterogradă
   B. Colecistectomia retrogradă
   C. Colecistostomia
   D. Colecistectomia atipică

13. CM. Ce poate servi drept indicație pentru colangiografie în timpul intervenției pentru colecistită acută?
A. Concremente de dimensiuni mici în vezicula biliară
B. Litiaza coledocului
C. Dilatarea căilor biliare
D. Icterul în anamneză

14. CM. Drept indicații pentru coledocotomie în timpul operației pentru colecistită acută servesc:
A. Icterul în curs de evoluție sau în antecedente
B. Colangita
C. Concremente în canalele biliare
D. Colecistita nelitiazică fără patologie evidentă ce vizează căile biliare

15. CS. Unui pacient de 58 de ani i s-a extirpat vezicula biliară cu modificări flegmonoase, ce conțineau numeroase concremente de dimensiuni mici. Pe parcursul intervenției a fost deschis coledocul, dilatat până la 10 mm, însă în el nu s-au detectat concremente, bila era translucidă. Cu ajutorul colangiografiei intraoperatorii, s-a constatat o permeabilitate normală a căilor biliare. În acest caz, cea mai bună tactică de definitivare a intervenției este:
A. Închiderea coledocului și cavității abdominale
B. Închiderea coledocului și drenajul spațiului subhepatic
C. Coledocoduodenostomia
D. Drenajul coledocului
E. Coledocojejunostomia

16. CS. Prin colangiografie postoperatorie prin tubul Kher, instituit după colecistectomie, s-au depistat concremente. Care este termenul propice pentru suprimarea drenului?
A. A 7-a zi
B. A 14-a zi
C. A 20-a zi

D. A 30-a zi
E. A 5-a – a 6-a săptămână

17. CS. Pericolul sporit al colecistitei acute în vârsta senilă și în senescență este condiționat, mai ales, de:
A. Oligosimptomatologia bolii
B. Caracterul progresiv al afecțiunii
C. Cota înaltă a formelor distructive
D. Dificultățile de diagnostic
E. Fundalul pe care evoluează afecțiunea

18. CS. Pentru instalarea colecistitei acute nelitiazice este incorect:
A. Se instalează, de obicei, pe fundalul diferitelor stări critice
B. Patogenia rămâne incertă
C. Manifestările clinice ale colecistitelor nelitiazică și litiazică sunt identice
D. Se distinge prin evoluție favorabilă și tendință spre involuție spontană
E. În tratarea colecistitei nelitiazice se admite o atitudine conservatoare

19. CS. În colelitiaza asimptomatică se va prefera:
A. Evitarea oricăror măsuri de tratament
B. Controlul periodic asupra stării bolnavilor
C. Medicația
D. Colecistectomia
E. Nimic din cele menționate mai sus

20. CS. Pentru tratamentul calculilor reziduali ai coledocului metoda de elecție o constituie:
A. Manoperele mecanice
B. Aplicarea solvenților de contact
C. Medicația
D. Litotriția

E. Intervenţia chirurgicală

21. CS. Din consecinţele posibile ale coledocolitiazei, pericol nemijlocit pentru viaţă prezintă:
A. Obstrucţia biliară cronică
B. Colangita
C. Ciroza biliară secundară
D. Hipertensiunea portală
E. Icterul obstructiv

22. CS. La un bolnav de 72 de ani, cu icter mecanic pe fundal de coledocolitiază, au apărut febra 39,2°C, frisoane, dureri acute în cadranul dextro-superior al abdomenului, vomismente, oligurie, hipotonie şi obnubilare. Numărul leucocitelor constituia 12,10^9/l cu deviere brutală spre stânga. Nivelul bilirubinei, transaminazelor şi fosfatazei alcaline era crescut, cel al amilazei era normal. Care este cea mai verosimilă cauză a fenomenelor menţionate?
A. Insuficienţa hepatică
B. Colecistita acută distructivă
C. Abcesul hepatic
D. Colangita
E. Pancreatita acută

23. CS. Dintre factorii, care favorizează declanşarea colangitei acute, cel mai important este:
A. Strictura iatrogenă a căilor biliare extrahepatice
B. Neoplasma coledocului
C. Coledocolitiaza
D. Stenoza ampulei Vater
E. Pancreatita cronică

24. CS. Printre simptomele de colangită supurativă acută, cel mai constant se înregistrează:
A. Febra

B. Durerile în abdomen
C. Icterul
D. Şocul septic
E. Dereglările cerebrale

25. CS. Despre starea căilor biliare, pe fundalul fenomenelor de colangită acută, putem judeca cu mai multă certitudine în baza rezultatelor:
A. Ultrasonografiei abdominale
B. Tomografiei computerizate
C. Colescintigrafiei
D. Colangiografiei
E. Laparoscopiei

26. CS. Dintre testele de laborator pentru colangita acută este nefavorabilă în sens de prognostic:
A. Hiperleucocitoza
B. Leucopenia
C. Trombocitopenia
D. Hiperbilirubinemia
E. Nivelul înalt al transaminazelor serice

27. CS. După reechilibrarea iniţială a bolnavului cu colangită acută acţiunile următoare vor viza decompresiunea căilor biliare. Dintre metodele preconizate în acest scop este preferabilă:
A. Colecistostomia
B. Colecistectomia cu coledocotomia
C. Drenajul transparietohepatic
D. Sfincterotomia endoscopică
E. Drenajul nazo-biliar

28. CS. Care dintre semnele enumerate aparţin colicii biliare?
A. Durerea iradiază interscapulovertebral pe dreapta
B. Durerea violentă în poziţie antalgică

C. Apare şi dispare cu perioade de acalmii
D. Este condiţionată de alimentaţia bogată în grăsimi
E. Vome multiple

29. CM. Care dintre semnele clinice enumerate determină diagnosticul colecistitei acute?
A. Colica biliară prelungită
B. Febra
C. Contractura musculară a peretelui abdominal
D. Plastronul
E. Icterul

30. CS. Manifestările locale ale colecistitei acute sunt:
A. Simptomul Şcetkin-Bliumberg
B. Simptomul Merfi pozitiv
C. Simptomul Gheorghievski-Musset pozitiv
D. Simptomul Ortner pozitiv
E. Toate simptomele mai sus-enumerate

31. CS. Colecistita acalculoasă acută poate fi favorizată de:
A. Secreţia sucului pancreatic activ în vezicula biliară
B Dereglări vasculare primare în peretele veziculei biliare
C. Maladii parazitare ale veziculei biliare
D. Infiltrarea în peretele veziculei biliare a microflorei patogene
E. Toate cauzele mai sus-enumerate

32. CM. Care afirmaţii referitoare la microlitiaza veziculară (calculi sub 3 mm) sunt adevărate:
A. Tendinţa spre apariţia complicaţiilor migratorii
B. Complicarea cu icter mecanic
C. Determină angiocolita acută
D. Pot cauza colica biliară
E. Nu pot fi depistate ecografic

33. CS. Voma în colecistita acută este:
A. Unică
B. Aduce uşurinţe
C. Asemănătoare zaţului de cafea
D. Multiplă fără a aduce uşurinţă
E. Cu cheaguri de sânge

34. CS. Durerea din hipocondrul drept, în caz de colecistită acută, poate iradia:
A. În regiunea supraclaviculară
B. În umărul drept
C. În scapula dreaptă
D. În regiunea lombară
E. Toate răspunsurile sunt corecte

35. CS. La dezvoltarea perforaţiei peretelui veziculei biliare în colecistita acută în tabloul clinic nu sunt prezente:
A. Durerile acute în abdomen şi voma repetată
B. Paliditatea pronunţată a tegumentelor acoperite
C. Mărirea bruscă a temperaturii corporale
D. Ridicarea tensiunii arteriale
E. Tabloul peritonitei generalizate

36. CS. Cea mai alarmantă dintre simptomele colecistitei acute este:
A. Febra
B. Voma repetată
C. Subicterul
D. Tahicardia
E. Infiltratul dureros în hipocondrul drept

37. CS. În timpul intervenţiei pentru colecistită acută s-a depistat un colecist indurat, sclerozat, micşorat în dimensiuni, cu infiltrat inflamator în regiunea ligamentului hepato-duodenal, care nu permite vizualizarea elementelor anatomice. Se recomandă:

A. Colecistectomia de la fund
B. Colecistectomia de la col
C. Colecistostomia
D. Colecistectomia atipică

38. CS. În colecistita acută dezvoltarea hipertensiunii biliare conduce la:
A. Alterarea vascularizației în peretele veziculei biliare
B. Dezvoltarea tabloului clinic asemănător infarctului peretelui veziculei biliare
C. Apariția soluțiilor de integritate a tunicii mucoase, infiltrarea infecției
D. Dezvoltarea inflamației infiltrative cu afectarea stratului profund al peretelui veziculei biliare
E. Toate cele enumerate mai sus

39. CS. În calitate de substrat bacterian al colecistitei acute nu se depistează:
A. Escherichia coli
B. Staphylococcus
C. Streptococcus
D. Campilobacter piloridis
E. Toate cele enumerate mai sus

40. CS. În tratamentul complex conservator al colecistitei acute nu se practică:
A. Indicarea unei cure cu foame
B. Prescrierea spasmoliticelor în injecție
C. Indicarea morfinei în calitate de analgezic
D. Blocada paranefrală
E. Atropina

41. CS. Indicații pentru operație de urgență în caz de colecistită acută sunt:
A. Eşecul tratamentului conservator
B. Persistența simptomelor de intoxicație
C. Menținerea semnelor de peritonită locală
D. Agravarea intoxicației comune şi apariția simptomelor de iritație peritoneală
E. Toate cele enumerate mai sus

42. CS. În caz de colecistită acută cataralâ:
A. Maladia începe cu accese de dureri în hipocondrul drept
B. Simptomele iritației peritoneale lipsesc
C. Este posibilă însănătoşirea spontană
D. Este posibilă dezvoltarea sindromului vezicular
E. Sunt prezente toate cele enumerate mai sus

43. CS. În caz de colecistită flegmonoasă:
A. Procesul inflamator se manifestă prin simptome de peritonită limitată
B. Jugularea procesului inflamator în peretele veziculei biliare se poate finisa cu empiem biliar
C. Procesul inflamator depăşeşte limitele pereților veziculei biliare, ce se poate complica cu plastron
D. Evoluția maladiei poate fi favorabilă, poate sfârşi cu o însănătoşire completă
E. Se poate observa tot ce a fost enumerat mai sus

44. CS. În colecistita gangrenoasă:
A. În caz de dezvoltare a necrozei veziculei biliare, în evoluția clinică pe prim-plan se află manifestările peritonitei
B. Se poate observa simptomul "foarfecelor toxice"
C. Se observă pareza intestinală
D. Subiectiv se poate determina o oarecare diminuare a durerii în hipocondrul drept

E. Se pot observa toate cele enumerate mai sus

45. CS. În caz de colecistită acută asociată cu stenoza papilei duodenale mari, nu se practică:
A. Papilosfincterotomia
B. Coledocoduodenotomia
C. Extragerea retrogradă a calculului prin papilosfincterotomie
D. Dilatarea oarbă a coledocului
E. Nici una din metodele enumerate mai sus

46. CS. Indicații pentru aplicarea tamponamentului cavității abdominale în colecistita acută pot fi:
A. Peritonita generalizată
B. Abcesul subdiafragmal
C. Abcesul paravezical şi imposibilitatea hemostazei în patul veziculei biliare, alte accidente hepatice
D. Colangita purulentă
E. Toate cele enumerate mai sus

47. CS. Lezarea ducturilor biliare extrahepatice, în caz de înlăturare a veziculei biliare în colecistita acută, poate fi condiționată de:
A. Anomalii de dezvoltare a veziculei biliare
B. Modificări infiltrativ-inflamatoare în regiunea ductului vezical
C. Modificări cicatriceale în regiunea ductului vezical
D. Greşeli tactice şi tehnice ale chirurgului
E. Toate cele enumerate mai sus

48. CS. Enumerați indicațiile în practicarea colangiografiei intraoperatorii în litiaza biliară:
A. Episodul icteric în anamneză
B. Diametrul căii biliare principale peste 10 mm
C. Diametrul ductului cistic larg, calculi mai mici de 5 mm
D. Icterul hemolitic
E. Ciroza hepatică

49. CM. Referitor la colecistectomia laparoscopică sunt corecte:
A. Spitalizarea scurtă de 1–3 zile
B. Avantajele estetice şi economice
C. Contraindicată în plastronul vezicular şi în intervenții supramezocolice practicate precedent
D. Contraindicată pacienților în vârstă de peste 60 de ani
E. Complicații de plagă mai frecvente

50. CS. Colecistostomia:
A. Este o tehnică utilizată la bolnavii cu teren biologic precar
B. Se efectuează numai prin laparotomie
C. Poate fi efectuată sub anestezie locală
D. Are indicație principală la pacienții cu piocolecistită acută cu teren biologic precar
E. Este un gest terapeutic rapid şi permite depăşirea unor situații de risc avansat

51. CM. Din cele enumerate mai jos riscul sporit de leziuni intraoperatorii ale căilor biliare este determinat de:
A. Hemoragia masivă
B. Variațiile şi anomaliile în structura anatomică a căilor biliare
C. Manevrele pe țesuturile modificate patologic
D. Tracțiunea veziculei în momentul ligaturării cisticului, investigația instrumentală a căilor biliare

52. CS. Drenarea externă a ducturilor biliare prin bontul ductului vezical spre ficat poartă numele:
A. Robson-Vişnevski
B. Picovski-Holsted
C. Kher
D. Rozdolschi
E. Petrovski

53. CS. Drenarea externă a ducturilor biliare cu dren în formă "T" poartă numele:
A. Vişnevski
B. Picovski
C. Kher
D. Petrovski
E. Lucomski

54. CS. Spre forma complicată a evoluției colecistitei acute evoluează cea:
A. Flegmonoasă
B. Cataralâ
C. Acalculoasă
D. Gangrenoasă
E. Combinată cu colangită

55. CS. Colangita acută calculoasă, în majoritatea cazurilor, începe cu:
A. Duodenostaza
B. Blocada coledocului cu un calcul
C. Blocada căilor Liuşca
D. Hipertensiunea în căile biliare extrahepatice
E. Toate răspunsurile sunt corecte

56. CM. Enumerați afirmațiile ce caracterizează prezența angiocolitei:
A. Clinic se manifestă prin triada Charcot: febră, frison, icter
B. Evoluție spontană, frecvent fiind favorabilă
C. Necesită o decompresiune biliară în urgență şi antibioterapie, papilosfincterotomie
D. Intervenții chirurgicale de urgență nu sunt indicate, tratament ambulatoriu
E. Pareze intestinale pronunțate

57. CM. Ce afirmații referitoare la ileusul biliar sunt corecte?
A. Se manifestă printr-un tablou clinic de ocluzie intestinală, obstacolul fiind plasat în porțiunea terminală a ileonului

B. Calculul vezicular de 3–4 cm este evacuat prin fistula colecistoduodenală
C. La radiografia de panoramă abdominală se constată aer în căile biliare
D. Radiologic se determină "ansa de gardă"
E. Se determină contractura musculară abdominală

58. CM. Cauzele determinante ale apariției fistulelor biliare postoperatorii sunt:
A. Deschiderea intenționată sau accidentală a unui canal biliar
B. Dehiscența unei suturi pe canalele biliare
C. Dehiscența unei ligaturi pe bontul cistic
D. Elementul favorizant hipertensiunii în căile biliare
E. Toate răspunsurile sunt corecte

59. CS. Determinarea prezenței aerului în căile biliare la radiografia pe gol a hipocondrului drept indică:
A. Coledocolitiază
B. Colecistită calculoasă acută
C. Ulcer duodenal perforant
D. Dilatație diverticulară a CBP
E. Fistulă bilio-digestivă

60. CM Sindromul Mirizzi se caracterizează prin:
A. Comunicare patologică a colecistului cu coledocul
B. Comunicare patologică a colului veziculei biliare cu duodenul
C. Întotdeauna se complică cu icter mecanic
D. Mai frecvent se afectează calea biliară principală
E. Colecistul deformat-cicatrizat

61. CS. La inclavarea calculului în papila duodenală mare se recomandă:
A. Aplicarea coledocoduodenoanastomozei
B. Duodenotomia, extragerea calculului şi suturarea intestinului

C. Duodenotomia, ulterior, extragerea calculului cu drenarea coledocului prin ductul cistic
D. Coledocotomia cu tentativă ulterioară de extragere a calculului, în caz de nereuşită – duodenotomia, extragerea calculului, suturarea plăgii duodenului cu drenarea coledocului
E. Aplicarea coledocoenteroanastomozei

62. CS. Care este tactica chirurgicală rațională în caz de intervenție pentru colecistită acută complicată cu pancreatită (forma edematoasă)?
A. Colecistectomie tradițională
B. După colecistectomie, drenarea coledocului prin bontul ductului cistic
C. După colecistectomie drenarea coledocului cu dren în formă "T"
D. După colecistectomie drenarea bursei omentale
E. Aplicarea colecistostomei

63. CM. La complicațiile coledocolitiazei se referă următoarele:
A. Gangrena şi empiemul veziculei biliare
B. Pancreatita acută
C. Icterul
D. Colangita
E. Toate cele mai sus-enumerate

64. CS. Tratamentul indicat pacientului cu acces de colică biliară:
A. Intervenția chirurgicală de urgență imediată
B. Tratamentul conservator
C. Intervenția chirurgicală urgentă după jugularea accesului
D. Terapia antienzimatică
E. Colecistectomia laparoscopică

65. CS. Ce complicație a litiazei biliare necesită o intervenție chirurgicală de urgență imediată?
A. Peritonita difuză

B. Strictura cicatriceală a coledocului
C. Coledocolitiaza
D. Fistula vezico-intestinală
E. Icterul

66. CM. Simptomele caracteristice pentru colecistita gangrenoasă sunt:
A. Micşorarea în intensitate a durerilor
B. Simptomul Şcetkin-Bliumberg pozitiv sub rebordul costal drept
C. Absența matității hepatice
D. Tahicardia
E. Simptomul Bartomie-Michelsohn pozitiv

67. CM. Care este prioritatea efectuării colecistectomiei retrograde?
A. Crearea condițiilor extirpării veziculei biliare cu o hemostază adecvată
B. Se întrerupe pătrunderea bilei purulente în coledoc
C. Se evită migrarea calculilor din vezicula biliară în coledoc
D. Se permite evitarea coledocotomiei
E. Sporeşte necesitatea efectuării colangiografiei intraoperatorii

68. CS. Când este indicată colecistectomia anterogradă?
A. La vârstnici
B. În prezența colangitei
C. În prezența icterului mecanic
D. În caz de inclavare a calculului în colul veziculei biliare
E. În prezența infiltratului inflamator avansat în regiunea colului vezical şi ligamentului hepato-duodenal

69. CM. Evoluția colecistitei acute la vârstnici se caracterizează prin:
A. Dezvoltarea rapidă a complicațiilor
B. Apariția primară frecventă a formei distructive
C. Tablou clinic şters cu predominarea semnelor de intoxicație
D. Evoluția abortivă frecventă însoțită de jugulare rapidă în caz de terapie conservatoare

E. Predominarea sindromului doloric, intoxicație moderată

70. CM. Intervenția de urgență imediată se indică pacienților cu colecistită acută în caz de:
A. Lipsa efectului terapiei conservatoare
B. Tablou clinic de colecistită perforativ-gangrenoasă
C. Intensificarea semnelor de intoxicație pe fundal de icter
D. Vârstă senilă
E. Duodenostază

71. CM. Drept cauze nemijlocite ale accidentării intraoperatorii ale ducturilor biliare magistrale servesc:
A. Anomaliile ereditare şi variabilitatea topografiei ducturilor
B. Modificările inflamator-infiltrative în regiunea ligaturării hepatoduodenale
C. Erorile tactice şi tehnice ale chirurgilor
D. Cercetarea ducturilor cu sonde, bujare şi alte procedee
E. Cercetarea palpatorie a ducturilor la pacientul cu inclavarea calculului în regiunea papilei

72. CM. Necesitatea colangiografiei intraoperatorii constă în:
A. Permite localizarea şi determinarea numărului şi dimensiunilor calculilor biliari
B. Oferă date anatomice precise ale coledocului
C. Depistează comunicările patologice dintre căile biliare şi alte organe ale cavității abdominale
D. Permite alegerea intervenției chirurgicale raționale, evitând coledocotomia
E. Toate răspunsurile sunt corecte

73. CM. Complicațiile ce țin de colecistectomie:
A. Peritonite biliare şi alte peritonite
B. Hemoragii intraperitoneale
C. Bilioragie externă

D. Icter mecanic
E. Abces al cavității abdominale

74. CS. Intervențiile chirurgicale în caz de colecistită acută se clasifică după timpul efectuării:
A. De urgență imediată, efectuate după indicații vitale imediat după internare
B. Urgente timp de 12–72 de ore
C. Amânate 3–10 zile de la internare
D. Planice peste 1–3 luni
E. Toate răspunsurile sunt corecte

75. CM. Colecistita acută emfizematoasă se caracterizează prin:
A. Frecvent este cauzată de Clostridium Welchii
B. Infecții secundare cu Escherichia coli
C. Infecții secundare cu streptococi anaerobi
D. Prezența obligatorie a concrementelor
E. Toate răspunsurile sunt corecte

76. CM. Care sunt consecințele posibile ale leziunilor iatrogene ale căilor biliare produse şi neobservate intraoperatoriu?
A. Procesul septic intraperitoneal
B. Fistulele biliare externe
C. Impermeabilitatea căilor biliare
D. Colangita

77. CM. Leziunile iatrogene ale căilor biliare depistate oportun urmează să fie tratate imediat, deoarece:
A. Starea bolnavului, de regulă, permite acest lucru
B. Câmpul operator este lipsit de aderențe
C. Pereții căilor biliare nu sunt modificați
D. Diametrul canalelor biliare este normal

78. CM. Metoda de reconstrucție primară în leziunile iatrogene ale căilor biliare se alege, ținându-se cont de:
A. Caracterul leziunii
B. Orientarea plăgii
C. Dimensiunile defectului
D. Nivelul leziunii

79. CM. Apariția stricturilor după repararea leziunilor iatrogene ale căilor biliare extrahepatice poate fi cauzată sau favorizată de:
A. Sutura anastomotică deficitară
B. Devascularizarea bonturilor biliare
C. Sediul leziunii
D. Drenarea canalelor

80. CM. Pot oare leziunile iatrogene ale căilor biliare?
A. Să se manifeste în perioada postoperatorie imediată
B. Să se facă resimțite peste câteva săptămâni sau luni
C. Să se manifeste peste câțiva ani
D. Să rămână asimptomatice

***Răspunsuri corecte.* Colecistita acută**

1 B; 2 A; 3 ABC; 4 A; 5 C; 6 D; 7 B; 8 D; 9 D; 10 C; 11 E; 12 D; 13 ABCD; 14 ABC; 15 D; 16 E; 17 E; 18 D; 19 E; 20 A; 21 B; 22 D; 23 C; 24 A; 25 D; 26 B; 27 D; 28 C; 29 ABD; 30 E; 31 E; 32 ADE; 33 D; 34 E; 35 D; 36 D; 37 D; 38 E; 39 D; 40 C; 41 E; 42 E; 43 E; 44 E; 45 D; 46 C; 47 E; 48 C; 49 ABC; 50 ACDE; 51 ABCD; 52 A; 53 C; 54 E; 55 D; 56 ABC; 57 ABC; 58 ABC; 59 E; 60 ADE; 61 D; 62 D; 63 BCD; 64 B; 65 A; 66 ABD; 67 ABC; 68 E; 69 ABC; 70 ABC; 71 ABCD; 72 ABCD; 73 ABCDE; 74 E; 75 ABC; 76 ABCD; 77 ABC; 78 ABCD; 79 ABCD; 80 ABC.

4.23. ULCERUL PERFORAT

1. CS. Dintre factorii, ce contribuie la perforarea ulcerelor gastro-duodenale cronice, cel mai important este:
A. Exacerbarea bolii ulceroase
B. Replețiunea alimentară a stomacului, consumul de alcool
C. Suprasolicitarea fizică
D. Conflictul autoimun topic
E. Vechimea afecțiunii

2. CS. Perioada de falsă ameliorare în evoluția ulcerelor perforate este condiționată de factorii enumerați mai jos, exceptând:
A. Diluția acidului clorhidric cu revărsatul din cavitatea abdominală
B. Reducerea sensibilității terminațiilor nociceptive în peritoneul parietal
C. Efectul endorfinelor
D. Acoperirea perforației cu fibrină sau cu epiploon
E. Adaptarea la agresiune

3. CS. Dintre simptomele ulcerului perforat, enumerate mai jos, rolul patognomonic decisiv îl are:
A. Durerea acută în epigastru sau în hipocondrul drept
B. Vomismentele
C. Semnele de iritare a peritoneului
D. Pneumoperitoneumul
E. Matitatea în regiunile declive ale abdomenului

4. CS. Pentru confirmarea diagnosticului de ulcer perforat se recurge prioritar la:
A. Gastroscopie
B. Radiografie pe gol a cavității abdominale
C. Gastroduodenografie
D. Laparoscopie
E. Puncția-lavaj peritoneal

78. CM. Metoda de reconstrucție primară în leziunile iatrogene ale căilor biliare se alege, ținându-se cont de:
A. Caracterul leziunii
B. Orientarea plăgii
C. Dimensiunile defectului
D. Nivelul leziunii

79. CM. Apariția stricturilor după repararea leziunilor iatrogene ale căilor biliare extrahepatice poate fi cauzată sau favorizată de:
A. Sutura anastomotică deficitară
B. Devascularizarea bonturilor biliare
C. Sediul leziunii
D. Drenarea canalelor

80. CM. Pot oare leziunile iatrogene ale căilor biliare?
A. Să se manifeste în perioada postoperatorie imediată
B. Să se facă resimțite peste câteva săptămâni sau luni
C. Să se manifeste peste câțiva ani
D. Să rămână asimptomatice

***Răspunsuri corecte.* Colecistita acută**

1 B; 2 A; 3 ABC; 4 A; 5 C; 6 D; 7 B; 8 D; 9 D; 10 C; 11 E; 12 D; 13 ABCD; 14 ABC; 15 D; 16 E; 17 E; 18 D; 19 E; 20 A; 21 B; 22 D; 23 C; 24 A; 25 D; 26 B; 27 D; 28 C; 29 ABD; 30 E; 31 E; 32 ADE; 33 D; 34 E; 35 D; 36 D; 37 D; 38 E; 39 D; 40 C; 41 E; 42 E; 43 E; 44 E; 45 D; 46 C; 47 E; 48 C; 49 ABC; 50 ACDE; 51 ABCD; 52 A; 53 C; 54 E; 55 D; 56 ABC; 57 ABC; 58 ABC; 59 E; 60 ADE; 61 D; 62 D; 63 BCD; 64 B; 65 A; 66 ABD; 67 ABC; 68 E; 69 ABC; 70 ABC; 71 ABCD; 72 ABCD; 73 ABCDE; 74 E; 75 ABC; 76 ABCD; 77 ABC; 78 ABCD; 79 ABCD; 80 ABC.

4.23. ULCERUL PERFORAT

1. CS. Dintre factorii, ce contribuie la perforarea ulcerelor gastro-duodenale cronice, cel mai important este:
A. Exacerbarea bolii ulceroase
B. Replețiunea alimentară a stomacului, consumul de alcool
C. Suprasolicitarea fizică
D. Conflictul autoimun topic
E. Vechimea afecțiunii

2. CS. Perioada de falsă ameliorare în evoluția ulcerelor perforate este condiționată de factorii enumerați mai jos, exceptând:
A. Diluția acidului clorhidric cu revărsatul din cavitatea abdominală
B. Reducerea sensibilității terminațiilor nociceptive în peritoneul parietal
C. Efectul endorfinelor
D. Acoperirea perforației cu fibrină sau cu epiploon
E. Adaptarea la agresiune

3. CS. Dintre simptomele ulcerului perforat, enumerate mai jos, rolul patognomonic decisiv îl are:
A. Durerea acută în epigastru sau în hipocondrul drept
B. Vomismentele
C. Semnele de iritare a peritoneului
D. Pneumoperitoneumul
E. Matitatea în regiunile declive ale abdomenului

4. CS. Pentru confirmarea diagnosticului de ulcer perforat se recurge prioritar la:
A. Gastroscopie
B. Radiografie pe gol a cavității abdominale
C. Gastroduodenografie
D. Laparoscopie
E. Puncția-lavaj peritoneal

5. CS. Dextroinferior abdomenului greață, uneori vomismente, senzație dolorică și apărare musculară în fosa iliacă dreaptă; febra rar depășește norma cu mai mult de 1°C. Ce afecțiuni suspectați?
   A. Ulcer perforat
   B. Apendicită acută
   C. Colecistită acută
   D. Infarct enteromezenteric
   E. Infarct miocardic

6. CS. Durere apărută brusc în epigastru, cu iradiere în regiunea cordului și în spațiul interscapular, dispnee, uneori vomă solitară, puls frecvent și slab, aritmie, hipotonie, zgomot cardiac asurzit și mărirea ariei matității cardiace, senzație de durere la palparea epigastrului, uneori rigiditate musculară, garguimente peristaltice normale. Ce afecțiuni suspectați?
   A. Ulcer perforat
   B. Apendicită acută
   C. Colecistită acută
   D. Infarct enteromezenteric
   E. Infarct miocardic

7. CS. Debut brusc, dureri acute în epigastru cu generalizare ulterioară pe tot abdomenul, "abdomen de lemn", imobil, absența matității hepatice, respirație superficială accelerată; valorile pulsului, tensiunii arteriale și temperaturii sunt, în debut, cvasinormale. Ce afecțiuni suspectați, în primul rând?
   A. Ulcer perforat
   B. Apendicită acută
   C. Colecistită acută
   D. Infarct enteromezenteric
   E. Infarct miocardic

8. CS. Debut brusc, intensificare progresivă a durerilor în hipocondrul drept, cu iradiere în regiunea supraclaviculară dreaptă, în gât, scapulă,

vărsături, durere provocată și apărare musculară în hipocondrul drept, puls frecvent, febră înaltă, leucocitoză. Ce afecțiune suspectați?
   A. Ulcer perforat
   B. Apendicită acută
   C. Colecistită acută
   D. Infarct enteromezenteric
   E. Infarct miocardic

9. CS. Debut brusc, dureri abdominale atroce, fără o localizare certă, greață și vomă, anxietate, paloare pronunțată a tegumentelor, bradisfigmie, abdomen moale, scaun sanguinolent, temperatură normală, hiperleucocitoză. Decalaj între starea generală gravă și oligosimptomatică locală a afecțiunii. Ce afecțiuni suspectați?
   A. Ulcer perforat
   B. Apendicită acută
   C. Colecistită acută
   D. Infarct enteromezenteric
   E. Infarct miocardic

10. CS. Tratamentul conservator al ulcerului perforat prin metoda Taylor este admisibil cu următoarele indicații, exceptând:
   A. Insuficiența de organ sau poliorganică
   B. Infarctul miocardic
   C. Stările extremale, condiționate de peritonită și septicemie
   D. Vârstă înaintată
   E. Refuzul pacientului de a fi supus operației

11. Printre elementele de tratament conservator al ulcerului perforat rolul principal îl au:
   A. Antibioticele
   B. Reechilibrarea hidroelectrolitică
   C. Nutriția parenterală
   D. Aspirația gastrică continuă
   E. Analgezicele

12. Ce investigație este necesară la finele tratamentului conservator al ulcerului perforat?
A. Analiza lichidului aspirat din stomac
B. Fibrogastroscopia
C. Radiografia de ansamblu a abdomenului
D. Gastroduodenografia
E. Puncția-lavaj peritoneal

13. CS. Măsurile şi procedeele de pregătire a pacientului în vederea unei operații pentru ulcer perforat nu include:
A. Aspirație nazo-gastrică
B. Substituenți ai plasmei
C. Soluții de electroliți
D. Soluții de aminoacizi şi emulsii de lipide
E. Antibiotice

14. CM. Ce factori determină tactica chirurgicală în operațiile pentru ulcer perforat?
A. Vârsta şi starea bolnavului
B. Durata anamnezei ulceroase
C. Localizarea ulcerului
D. Vechimea perforației

15. CM. Drept indicații de suturare a ulcerului perforat servesc:
A. Anamneza ulceroasă de durată scurtă la adolescenți
B. Senescența
C. Afecțiunile coasociate grave
D. Topografia gastrică a ulcerului

16. CM. Suturarea ulcerului perforat comportă o serie de avantaje, notamente:
A. Operația este puțin traumatizantă
B. Este aplicabilă în situații critice
C. Poate fi executată, utilizându-se tehnica endoscopică

D. Asigură o vindecare stabilă la majoritatea bolnavilor

17. CM. În care din circumstanțele enumerate mai jos rezecția gastrică constituie soluția de elecție?
A. Perforarea ulcerelor gastrice
B. Perforațiile multiple
C. Perforația ulcerelor suspectate de malignizare
D. Perforația ulcerului gastric cu hemoragie

18. CS. Printre factorii, ce determină posibilitatea vagotomiei în ulcerul perforat, importanță minimă are:
A. Durata afecțiunii
B. Vârsta bolnavului
C. Starea generală
D. Topografia ulcerului
E. Vechimea perforației

19. CS. În elecția operației de drenaj, asociată vagotomiei, se ține cont, în primul rând, de:
A. Durata anamnezei ulceroase
B. Antecedentele hemoragice
C. Caracterul modificărilor morfopatologice locale
D. Starea nutrițională a pacientului
E. Vârsta bolnavului

20. Bolnavul este internat după 5 ore de la momentul catastrofei abdominale cu simptomatologie evidentă de perforație acoperită. În acest caz se impune:
A. Intervenția de urgență
B. Temporizarea intervenției până la retrocedarea completă a simptomelor abdominale
C. Refuzul la intervenție
D. Operația electivă peste 6 luni

E. Atitudine în funcție de rezultatele observației asupra stării bolnavului

21. CM. Care din acțiunile enumerate mai jos nu sunt raționale în terapia parezei intestinale postoperatorii?
A. Decompresiunea gastrointestinală
B. Reechilibrarea hidroelectrolitică
C. Administrarea preparatelor adrenomimetice
D. Administrarea preparatelor m-colinomimetice și anticolinesterazice
E. Administrarea intravenoasă a soluției clorurosodice hipertonice

22. CS. Desfacerea suturilor aplicate pe ulcer se identifică cel mai simplu prin:
A. Inspecția și palparea abdomenului
B. Radiografia de ansamblu a abdomenului
C. Laparoscopie
D. Gastroduodenografie
E. Ecografie

23. CS. Dintre complicațiile posibile, după operațiile pentru ulcer perforat, ca frecvență pe primul loc se plasează:
A. Complicațiile pulmonare
B. Abcesele intraperitoneale
C. Insuficiența evacuatoare gastrică
D. Complicațiile tromboembolice
E. Supurația plăgii

24. CS. Care dintre procedeele enumerate mai jos este lipsită de sens în profilaxia complicațiilor pulmonare postoperatorii?
A. Gimnastica respiratorie
B. Abolirea precoce a repausului la pat
C. Ventilația artificială a plămânilor cu presiune endexpiratorie pozitivă

D. Administrarea preparatelor mucolitice
E. Anestezia peridurală prelungită

25. CS. După suturarea ulcerului perforat, perioada postoperatorie se poate complica prin abces:
A. Subdiafragmal
B. Subhepatic
C. Între ansele intestinului
D. În fundul de sac Douglas
E. Toate variantele enumerate mai sus sunt posibile

Răspunsuri corecte. **Ulcerul perforat**

1 A; 2 D; 3 D; 4 B; 5 B; 6 E; 7 A; 8 C; 9 D; 10 D; 11 D; 12 A; 13 D; 14 ABCD; 15 ABC; 16 ABC; 17 ABCD; 18 A; 19 C; 20 A; 21 CD; 22 D; 23 A; 24 C; 25 E.

4.24. PANCREATITA ACUTĂ

1. CS. Ductul principal al pancreasului cel mai frecvent:
   A. Se revarsă de sine stătător în duoden
   B. Se uneşte cu ductul accesoriu şi se revarsă în duoden
   C. Se uneşte cu coledocul şi se revarsă în duoden
   D. Se uneşte cu ductul accesoriu şi se revarsă în stomac
   E. Se uneşte cu coledocul şi se revarsă în jejun

2. CM. Variantele de confluere a ductului pancreatic cu coledocul, ce au importanţă în patogeneza pancreatitei acute, sunt:
   A. În 55–65% din cazuri, contopirea ducturilor decurge cu formarea ampulei comune
   B. În 12–26% din cazuri, ductul pancreatic cade în coledoc
   C. În alte cazuri, fiecare din ducturi se revarsă separat în duoden, cu formarea sau nu a papilei duodenale mari
   D. Răspunsurile A, B sunt corecte
   E. Răspunsurile A, C sunt corecte

3. CS. Timp de 24 de ore, pancreasul secretă suc pancreatic în volum de:
   A. 10–15 ml
   B. 100–150 ml
   C. 200–250 ml
   D. 1000–1500 ml
   E. 5000–6000 ml

4. CS. În normă, presiunea în canalul Wirsung constituie:
   A. 300–500 mm H_2O
   B. 250–450 mm H_2O
   C. 100–150 mm H_2O
   D. 50–10 mm H_2O
   E. 700–800 mm H_2O

5. CS. Ce enzime mai importante secretă pancreasul?
   A. Lipază, tripsină, hemotripsină, amilază
   B. Fosfolipază, reductază, transaminază
   C. Ronidază, xemodectază, aminotransferază
   D. Colinesterază, fosfatază alcalină, sorbitoldehidrogenază
   E. Lactatdehidrogenază, alfa-glutamyltranspeptidază, DNK-ază

6. CS. În forma activă, pancreasul secretă următoarele enzime:
   A. Tripsinogen şi lipază
   B. Tripsinogen şi amilază
   C. Chimotripsinogen şi amilază
   D. Chimotripsinogen şi lipază
   E. Amilază şi lipază

7. CS. Care enzimă pancreatică are efectul proteolitic cel mai distructiv?
   A. Amilaza
   B. Lipaza
   C. Tripsina
   D. Elastaza
   E. Carboxipeptidaza

8. CS. Ce coasociere de factori este dominantă în etiopatogenia pancreatitei acute?
   A. Afecţiunile căilor biliare şi alcoolismul
   B. Infecţiile şi tumorile
   C. Traumatismele şi intervenţiile chirurgicale
   D. Tulburările metabolice şi circulatorii
   E. Preparatele medicamentoase şi substanţele toxice

9. CS. Nu este adevărat că durerile în pancreatita acută:
   A. Survin brusc
   B. Sunt violente
   C. Sunt constante

D. Sunt refractare la droguri
E. Se alină în poziții antalgice ale corpului

10. CS. Nu este verosimil ca senzațiile dureroase în pancreatita acută să fie în corelație cu:
A. Distensia capsulei, edemul și inflamația organului
B. Exsudația inflamatoare și influența enzimelor pancreatice asupra țesutului celular retroperitoneal
C. Peritonita chimică
D. Obstruarea și distensia canalelor pancreatice
E. Perfuzia redusă a țesuturilor din cauza șocului pancreatogen

11. CS. Care simptom, din cele enumerate în continuare, nu se constată în pancreatita acută?
A. Bradicardia
B. Hipotensiunea
C. Febra
D. Vărsăturile incoercibile
E. Starea confuză

12. CS. Dintre semnele de pancreatită cel mai puțin caracteristic este:
A. Durerile în abdomen
B. Vomele repetate
C. Durerea provocată în epigastru
D. Rigiditatea mușchilor abdominali
E. Reducerea zgomotelor intestinale

13. CS. Care dintre fenomenele enumerate mai jos se constată doar excepțional în perioada incipientă a pancreatitei acute?
A. Excursiunile respiratorii superficiale și spastice
B. Ralurile în segmentele inferioare ale plămânilor
C. Poziția ridicată și mobilitatea redusă a hemidiafragmului stâng
D. Revărsatul pleural
E. Insuficiența respiratorie

14. CS. Cauza principală a tulburărilor hemodinamice în pancreatita necrotico-hemoragică o constituie:
A. Afectarea toxică a miocardului
B. Afectarea toxică a patului capilar
C. Modificarea caracteristicilor reologice ale sângelui
D. Tulburările în sistemul de hemostază
E. Hipovolemia

15. CS. Pentru care formă de pancreatită sunt caracteristice difuziunea revărsatului hemoragic în țesutul celular retroperitoneal și apariția unui flegmon enzimatic?
A. Edematoasă
B. Colecisto-pancreatită
C. Necrotico-hemoragică
D. Supurativă
E. Pentru nici una din ele

16. CS. Cel mai patognomonic test de laborator utilizat în diagnosticarea pancreatitei acute este dozarea în sânge a nivelului de:
A. Izoamilază pancreatică
B. Lipază
C. Izoamilază pancreatică și lipază concomitent
D. Tripsină
E. Methemoglobină

17. CS. În remedierea toxemiei pancreatogene nu sunt eficiente:
A. Hemodiluția și stimularea diurezei
B. Perfuzia de dextran micromolecular
C. Perfuzia soluțiilor de polivinil-pirolidon
D. Hemosorbția
E. Limfosorbția

18. CS. În care din situațiile prezentate mai jos diagnosticul de pancreatită acută este indubitabil?
A. Dureri abdominale şi semne clinice cu caracter progresiv în termene ce depăşesc 48 de ore de la debutul afecțiunii
B. Bacteriemie pe parcursul primelor 3 zile de boală
C. Creşterea moderată a activității amilazei şi lipazei în faza inițială a atacului
D. Cazurile refractare la terapia standard a pancreatitei
E. Zone de densitate redusă în glandă, determinate prin tomodensitometrie la un bolnav cu simptomatică de pancreatită

19. CS. Care din simptomele enumerate mai jos este specific pentru pancreatita acută?
A. Revărsatul pleural
B. Poziția ridicată şi imobilitatea hemidiafragmului stâng
C. Atelectaziile discoidale
D. Plămânul de şoc
E. Nici una din ele

20. CM. Factorii etiologici, ce conduc la apariția pancreatitei acute, sunt:
A. Hipersecreția pancreatică
B. Hipertensiunea intraductală, spasmul şi edemul papilei duodenale mari
C. Ischemia pancreasului
D. Afectarea pancreasului de către exo- şi endotoxinele de origine bacteriană sau virală
E. Traumatismul pancreasului, inclusiv cel intraoperator

21. CS. La apariția hipertensiunii intraductale pancreatice pot conduce:
A. Calculii veziculei biliare
B. Calculii coledocului
C. Calculii ductului cistic
D. Calculul inclavat al papilei duodenale mari

E. Toate cele enumerate mai sus

22. CS. Pancreonecroza adipoasă se formează în urma:
A. Alăturării infecției pe fundalul pancreatitei edematoase
B. Activării şi acțiunii distructive a enzimelor lipolitice
C. Activării şi acțiunii distructive a enzimelor proteolitice
D. Activării şi acțiunii distructive a enzimelor glicolitice
E. Involuției pancreonecrozei microfocale

23. CS. Pancreonecroza hemoragică se formează în urma:
A. Alăturării infecției pe fundalul pancreatitei edematoase
B. Activării şi acțiunii distructive a enzimelor lipolitice
C. Activării şi acțiunii distructive a enzimelor proteolitice
D. Activării şi acțiunii distructive a enzimelor glicolitice
E. Involuției pancreonecrozei microfocale

24. CS. În pancreatita acută o cantitate majoră de enzime pancreatice activate este în:
A. Sângele arterial
B. Sângele venos
C. Exsudatul peritoneal
D. Limfă
E. Urină

25. CM. Dintre expresiile privind hiperamilazemia sunt corecte:
A. Creşterea amilazei serice este mai puțin specifică decât cea a lipazei
B. Amilazele digestive explică amilazuria fiziologică
C. Hiperamilazemia este disociată de hiperamilazurie
D. Este indicată aprecierea izoenzimelor pentru excluderea surselor extrapancreatice de amilază
E. Hiperamilazemia poate apărea în cadrul colecistitelor acute fără a fi implicat pancreasul

26. CM. Dezvoltarea toxemiei în cadrul pancreatitei acute este determinată de următorii factori:
A. Pătrunderea în sânge şi în limfă a polipeptidelor toxice
B. Pătrunderea în sânge şi în limfă a enzimelor pancreatice şi a aminelor biogene
C. Pătrunderea în sânge şi în limfă a lipidelor toxice
D. Activarea sistemului calicrein-kinin şi a sistemului de fibrinoliză fermentativă în sânge
E. Prezenţa leucocitozei înalte şi limfocitopeniei

27. CM. În patogenia pancreatitei acute rolul primordial îl deţin următoarele procese interdependente patochimice şi morfofuncţionale:
A. Lipoliza
B. Amiloidoza
C. Proteoliza
D. Inflamaţia demarcată cu dereglări evidente ale microcirculaţiei sanguine şi limfatice
E. Toxemia pancreatică

28. CM. Infectarea focarelor de necroză a pancreasului în cadrul pancreatitei acute are loc în urma:
A. Translocării bacteriene din intestinul gros
B. Diseminării limfatice
C. Refluxului conţinutului duodenului
D. Fistulelor intestinale
E. Drenării chirurgicale neadecvate

29. CM. Pancreatita acută clinic se manifestă prin:
A. Sensibilitatea şi creşterea tonusului muscular în regiunea epigastrică
B. Prezenţa unei formaţiuni inflamatoare bine delimitate în regiunea epigastrică
C. Şoc, ce este rezultatul dereglărilor volemice
D. Şoc, ce este prima manifestare a patologiei

E. Simptome ale insuficienţei organice, ce sunt o manifestare a formei grave de pancreatită acută

30. CS. Durerea la palpare în unghiul costovertebral stâng în cadrul pancreatitei acute poartă denumirea de simptomul:
A. Voscresenski
B. Meyo-Robsson
C. Grunvald
D. Mondore
E. Gray-Turner

31. CS. Durerea şi rezistenţa musculară în proiecţia pancreasului în cadrul pancreatitei acute poartă denumirea de simptomul:
A. Meyo-Robsson
B. Kerte
C. Gray-Turner
D. Mondore
E. Voscresenski

32. CM. Care din simptomele enumerate apar în pancreatita acută?
A. Simptomul Joseph
B. Simptomul Cullen
C. Simptomul Fox
D. Simptomul Gray-Turner
E. Simptomul Transsean

33. CS. Durerea în pancreatita acută poate corespunde următoarelor:
A. Se localizează în regiunea epigastrică
B. Se combină cu durerile în epigastru şi durerile sub ambele reborduri costale
C. Iradiază în regiunea lombară
D. Are un caracter de constrângere
E. Toate răspunsurile sunt corecte

34. CS. Voma în pancreatita acută este:
A. Unică
B. Cu caracter de stază
C. Repetată
D. Fecaloidă
E. Tardivă

35. CS. Pentru pancreatita acută este caracteristică:
A. Bradicardia
B. Tahicardia
C. Aritmia
D. Asistolia
E. Toate răspunsurile sunt corecte

36. CS. Pentru pancreatita acută edematoasă este caracteristică:
A. Ascensiunea termică marcată
B. Durerile acute abdominale
C. Scaunele lichide frecvente
D. Ictericitatea cutanată şi a sclerelor
E. Incontinenţa de urină

37. CS. În cadrul pancreatitei acute sunt posibile următoarele complicaţii:
A. Abces al bursei omentale
B. Abces al pancreasului
C. Flegmon retroperitoneal
D. Peritonită purulentă
E. Toate cele enumerate mai sus

38. CM. Despre evoluţia gravă a pancreatitei acute denotă următoarele criterii:
A. Semnele de insuficienţă mono- sau poliorganică
B. Apariţia precoce a exsudatului hemoragic peritoneal
C. Dereglări ale metabolismului glucidic (hipoglicemia)

D. Hipocalcemia, hemoliza sau lipoglicemia in vitro cu hipercalcemie şi hipopotasemie

39. CS. Ictericitatea pacienţilor cu pancreatita acută poate fi explicată prin:
A. Compresiunea coledocului de către ţesuturile pancreasului
B. Hepatită pancreatogenă
C. Calcul inclavat al papilei duodenale mari
D. Tumoare a papilei duodenale mari
E. Toate cele enumerate mai sus

40. CM. Pentru evoluţia pancreatitei acute adipoase sunt caracteristice următoarele:
A. Formarea infiltratelor postnecrotice în regiunea epigastrică şi sub rebordul costal stâng
B. Pneumatoza izolată a colonului transvers
C. Prezenţa exsudatului peritoneal hemoragic în cantităţi mari
D. Simptomul Voscresenski pozitiv
E. Atragerea în procesul inflamator a vaselor mezenterice magistrale

41. CM. Pentru pancreatita acută distructivă (pancreonecroză) sunt caracteristice următoarele:
A. 5–27% din pacienţi
B. Creşterea intensităţii sindromului algic şi apariţia semnelor de iritare a peritoneului în pofida tratamentului conservator instituit
C. Agravarea semnelor de endotoxicoză cu apariţia colapsului, şocului, delirului, oliguriei, creşterea leucocitozei ($15–25x10^9$)
D. Scăderea activităţii amilazei în sânge şi urină, hipergliciemie, hipocalcemie
E. Ascensiunea activităţii amilazei serice

42. CM. Variante ale evoluţiei infiltratului peripancreatic pot fi următoarele:
A. Resorbţia, mai frecvent în cazul pancreonecrozei microfocale

B. Sechestrarea aseptică cu dezvoltarea pseudochisturilor
C. Sechestrarea septică sau supurarea focarelor de necroză
D. Răspunsurile corecte A, B
E. Răspunsurile corecte A, C

43. CS. Forma pancreatitei acute se stabileşte prin următoarele investigaţii:
A. Gastroduodenoscopie
B. Radiografia „de panoramă" a cavităţii abdominale
C. Laparoscopie
D. Irigoscopie
E. Toate cele enumerate mai sus

44. CS. Metoda optimă de urmărire a evoluţiei modificărilor locale în pancreatita acută o constituie:
A. Radiografia sinoptică a abdomenului
B. Investigaţiile tractului gastrointestinal cu substanţă radioopacă
C. Ecografia
D. Tomografia computerizată
E. Laparoscopia

45. CS. Care din metodele chirurgicale enumerate, fiind practicate timpuriu după atacul pancreatitei acute, reduce virtualitatea complicaţiilor septice ulterioare?
A. Lavajul peritoneal transparietal sau operator
B. Cura chirurgicală cu exereza ţesuturilor devitalizate, drenarea complicaţiilor parapancreatice de lichid
C. Rezecţia largă a pancreasului asociată de decompresiunea biliară şi de gastro- sau jejunostomie
D. Colecistectomia, gastrostomia, jejunostomia, drenajul bursei omentale cu aspiraţie continuă
E. Nici una din cele enumerate mai sus

46. CS. Pentru reprimarea activităţii secretoare a glandei în pancreatita acută nu se va recurge la:
A. Abolirea aportului nutriţional per oral
B. Aspiraţia gastrică continuă
C. Anticolinesterazice
D. Anticolinergice
E. Antimetaboliţi

47. CM. Drept indicaţii pentru o operaţie precoce în pancreatita acută servesc:
A. Agravarea stării generale, în pofida medicaţiei riguroase
B. Diagnosticul ezitant de pancreatită
C. Peritonita biliară
D. Obstruarea căilor biliare

48. CS. În care situaţie radiografia de ansamblu a abdomenului este obligatorie?
A. În prezumţia pancreatitei acute
B. În cazurile de colecisto-pancreatită
C. Când anamneza comportă episoade de pancreatită
D. Dacă în epigastru se constată un plastron
E. În orice situaţie din cele enumerate mai sus

49. CS. Din semnele radiologice ale pancreatitei acute nu fac parte:
A. Lărgirea cadrului duodenal
B. Edemul mucoasei duodenale şi al papilei Water
C. Imagini hidroaerice multiple în ansele destinse ale intestinului subţire şi absenţa gazelor în colon
D. Imobilitatea hemidiafragmului stâng, revărsatul pleural
E. Opacifierea în părţile declive ale abdomenului

50. CS. Dintre semnele furnizate de examenul radiologic al abdomenului pentru pancreatita acută patognomonice sunt:
A. Ansa „santinelă" a jejunului

B. Pareza intestinului
C. Chistul pancreatic cu pereți calcificați
D. Litiaza coledocului
E. Nici una din cele enumerate mai sus

51. CM. Diagnosticul etiologic al pancreatitei acute este determinat de următoarele date de laborator:
A. Enzimele pancreatice în ser sunt mai mici în cazul pancreatitelor alcoolice
B. Raportul clearanceului amilazei și creatininei în pancreatita acută constituie 6 – 8,9
C. Raportul lipază/amilază este mai înalt în pancreatita acută
D. Aspartataminotransferaza > 60 la 80% din pacienții cu pancreatită acută biliară
E. Bilirubinemia >3 mg/dl în pancreatita acută biliară

52. CS. Esofagogastroduodenoscopia în pancreatita acută permite următoarele:
A. De a diagnostica pancreatita acută
B. De a preciza localizarea necrozelor în pancreas
C. De a preciza extinderea pancreonecrozei
D. De a determina forma pancreatitei acute
E. De a aprecia starea papilei duodenale mari

53. CS. Examenul ultrasonor în pancreatita acută permite următoarele:
A. De a determina localizarea necrozei
B. De a determina formațiuni de volum patologice ale pancreasului
C. De a diagnostica litiaza biliară
D. De a diagnostica inflamația veziculei biliare
E. Toate cele enumerate mai sus

54. CS. La semnele directe ultrasonografice ale pancreatitei acute se referă:
A. Mărirea dimensiunilor pancreasului

B. Dereglarea conturului glandei și schimbarea structurii parenchimului
C. Semnele de hemostază și pareză intestinală
D. Schimbările din partea ductului pancreatic
E. Apariția exsudatului în bursa omentală

55. CS. În timpul laparoscopiei, pentru a pune diagnosticul de pancreatită acută, se utilizează:
A. Examinarea tuturor organelor cavității abdominale
B. Extragerea exsudatului din cavitatea peritoneală în scopul examinării ulterioare
C. „Palparea" instrumentală a pancreasului
D. Termometria comparativă a zonei pancreasului
E. Toate cele enumerate mai sus

56. CM. Semne directe ale laparoscopiei diagnostice sunt:
A. Focarele de steatonecroză pe oment și peritoneu, exsudatul hemoragic
B. Edemul omentului, mezoului intestinal
C. Hiperemia și imbibiția peritoneului
D. Pareza gastrică și a colonului transvers
E. Vezicula biliară stazată

57. CM. În pancreatita acută sunt adevărate următoarele afirmații despre tomografia computerizată:
A. Stabilește diagnosticul pancreatitei acute și al complicațiilor
B. Nu expune bolnavul la radiații
C. Poate realiza o delimitare exactă a glandei și complicațiilor locale
D. Poate realiza bine diferențierea între pancreatitele acute severe și pancreatitele acute ușoare, în absența administrării substanței de contrast
E. Este folosită ca scop în stabilirea diagnosticului

58. CM. În pancreatita acută sunt adevărate următoarele afirmații despre colangio-pancreatografie endoscopică retrogradă (CPGER):
A. Este practicată la 48–72 de ore de la debutul pancreatitei
B. Poate oferi date pentru diagnosticul etiologic prin litiaza biliară a unor pancreatite acute
C. Papilosfincterotomia endoscopică pentru litiază biliară nu ameliorează evoluția pancreatitei acute biliare
D. Papilosfincterotomia endoscopică este importantă pentru drenajul căilor biliare principale în cazul colangitelor cu pancreatită acută biliară
E. Poate fi completată cu papilosfincterotomia endoscopică

59. CS. Sistemele de scor, care au ca aplicabilitate identificarea gravității bolnavilor cu pancreatită acută, sunt următoarele:
A. Scorul Ranson
B. Scorul APACHE
C. Scorul Child
D. Scorul Borman
E. Scorul Monnheim

60. CS. Selectați răspunsurile corecte ale scorului Ranson ce caracterizează gravitatea pancreatitei acute:
A. Pancreatite acute benigne (<3)
B. Pancreatite acute severe cu risc de complicații (3–5)
C. Pancreatite acute grave (>5)
D. Pancreatite acute cu mortalitate 100% (>7)
E. Toate răspunsurile sunt corecte

61. CM. Metoda tratării închise a peritonitei enzimatice pancreatogene este preferabilă prin faptul că:
A. Nu se compromite caracterul primar aseptic al procesului
B. Evacuarea exsudatului nu prezintă dificultăți
C. Oferă posibilitatea de a crea o concentrație crescută a antienzimelor în țesuturile pancreasului

D. Previne complicațiile tardive sub formă de focare septice în pancreas și în țesutul parapancreatic

62. CM. Există părerea că accesul transperitoneal anterior este optim pentru deschiderea abceselor pancreatice. Care din afirmațiile, ce pledează această cale de acces, par argumentate?
A. Realizarea tehnicii este simplă
B. Permite o explorare amplă a cavității abdominale
C. Favorizează elecția procedeelor optime de drenaj
D. Facilitează instituirea unei jejunostomii pentru nutriția enterală

63. CS. Abcesele pancreatice, în afară de deschiderea spontană și răspândirea puroiului peste limitele de localizare primară, sunt grevate și de alte complicații, mai frecvente fiind cele:
A. Cardiace
B. Vasculare
C. Pulmonare
D. Gastrointestinale
E. Renale

64. CS. În continuare sunt enumerate câteva metode de tratament chirurgical precoce al pancreatitei preconizate pentru a reduce incidența complicațiilor și a ameliora prognosticul. Care din ele este acceptabilă în atingerea acestor obiective?
A. Operațiile pe căile biliare
B. Lavajul peritoneal
C. Laparotomia cu drenarea lojei pancreasului
D. Rezecția pancreasului
E. Nici una din cele enumerate mai sus

65. CS. Diagnosticul diferențial dintre pseudochistul acut și cel cronic este important în elecția momentului de intervenție. Peste cât timp de la constituirea pseudochistului pancreatic se consideră admisibilă intervenția chirurgicală?

A. 3 săptămâni
B. 4–5 săptămâni
C. 3 luni
D. 6 luni
E. 9 luni

66. CS. Complexul curativ urgent în pancreatita acută trebuie să asigure următoarele, exceptând:
A. Jugularea sindromului algic
B. Rezolvarea spasmului sfincterului Oddi
C. Accelerarea sechestrării țesuturilor pancreatice
D. Diminuarea activității secretorii și a edemului pancreasului
E. Inactivarea proteazelor serice și dezintoxicarea

67. CS. Reducerea secreției exozimelor pancreatice este asigurată de:
A. Terapia antibacteriană
B. Terapia de infuzii
C. Restabilirea volumului sângelui circulant
D. Prescrierea citostaticelor
E. Toate cele enumerate mai sus

68. CS. Acțiunea preparatelor antifermentative este următoarea:
A. Inhibă activitatea proteolitică a enzimelor pancreatice
B. Blochează activarea autocatalitică a tripsinogenului în pancreas
C. Stopează procesele de kininogeneză și fibrinoliză în serul sanguin
D. Jugulează procesele de formare a kininelor
E. Toate cele enumerate mai sus

69. CS. Tratamentul chirurgical urgent în pancreatita acută este indicat în caz de:
A. Abces al bursei omentale
B. Peritonită purulentă
C. Flegmon retroperitoneal

D. Ineficacitate a tratamentului conservator
E. Toate cele enumerate mai sus

70. CM. În funcție de perioada și faza dezvoltării procesului patologic în pancreas, de particularitățile evolutive și complicațiile locale, deosebim următoarele intervenții chirurgicale:
A. Intervenții precoce (în primele ore și zile)
B. Intervenții în faza sechestrării și supurației focarelor de necroză a pancreasului (7–10–14 zile și mai mult)
C. Intervenții tardive (amânate) peste 2–3 săptămâni de la debutul afecțiunii
D. Intervenții urgente
E. Toate cele enumerate mai sus

71. CM. Pancreatita tratată conservator într-o serie de cazuri nu se rezolvă definitiv și tentativa de a relua nutriția fiziologică provoacă recidiva durerilor, febrei și amilazemiei. Cauzele acestui fenomen pot fi:
A. Un calcul biliar
B. Un pseudochist
C. Obstruarea canalului Wirsung
D. Infecția

72. CS. Dintre principiile de tratament al pancreatitei acute nu fac parte:
A. Administrarea remediilor ce asigură glandei un repaus funcțional
B. Terapia antienzimatică și dezintoxicarea
C. Analgezia
D. Stimularea circulației și funcției renale
E. Intervenția imediată după deșocare

73. CM. Complicațiile după drenajul chirurgical al abcesului pancreatic ating 93% și mai mult. Deosebit de severe sunt:
A. Persistența septicemiei

B. Fistulele pancreatice şi intestinale
C. Hemoragiile
D. Revărsatul pleural şi pneumoniile

74. CM. Care dintre procedeele enumerate mai jos sunt eficiente în tratamentul pancreatitei acute, complicată cu peritonită enzimatică?
A. Administrarea antibioticelor
B. Aspiraţia gastrică şi dezintoxicarea extracorporală
C. Administrarea antienzimelor şi citostaticelor
D. Intervenţia chirurgicală

75. CS. Dintre principiile de tratament al pancreatitei acute menţionate mai jos par a fi discutabile:
A. Utilizarea antienzimelor
B. Reprimarea activităţii funcţionale a glandei
C. Dezintoxicarea
D. Reechilibrarea hidro-ionică
E. Depistarea şi tratarea oportună a complicaţiilor

76. CS. Dintre complicaţiile precoce ale pancreatitei acute cele mai frecvente sunt:
A. Şocul
B. Complicaţiile pulmonare
C. Peritonita pancreatogenă
D. Hemoragiile din ulcerele gastrice acute
E. Obstruarea coledocului

77. CS. Care din afirmaţiile prezentate mai jos privind complicaţiile supurative ale pancreatitei acute este eronată?
A. Primele semne clinice se manifestă peste 1–4 săptămâni de la debutul afecţiunii
B. Pancreatita este însoţită de o accentuată febră toxico-resorbtivă
C. Simptomatica locală este frecvent estompată sau disimulată de semnele generale ale intoxicaţiei

D. Majoritatea bolnavilor prezintă o hemogramă caracteristică unui proces septic
E. Drenajul oportun al focarelor septice asigură însănătoşirea în majoritatea cazurilor

78. CS. La întrebarea privind direcţia predilectă de deschidere spontană a abceselor pancreatice cel mai corect răspuns este:
A. În exterior
B. În cavitatea peritoneală liberă
C. În organele tractului digestiv
D. În structurile aparatului respirator
E. Toate variantele enumerate sunt posibile

79. CS. În pancreatita acută sursa cea mai neverosimilă de contaminare a ţesuturilor inflamate şi necrotizate o constituie:
A. Focarele septice la distanţă
B. Duodenul
C. Intestinul subţire
D. Colonul
E. Căile biliare

80. CS. În continuare sunt enumerate regiunile în care este posibilă fuziunea puroiului din abcesele pancreasului. Dintre acestea în procesul supurativ este antrenat mai rar:
A. Spaţiul subfrenic stâng
B. Ţesutul celular pararenal
C. Spaţiile retroperitoneale pericolonice
D. Mezenterul, mezocolonul transvers, mezosigmoidul
E. Regiunea inghinală

81. CS. În tratamentul chirurgical al pancreatitei acute se utilizează următoarele măsuri:
A. Drenarea bursei omentale
B. Abdomenizarea pancreasului

C. Omentopancreatopexia
D. Necrsechestrectomia
E. Toate cele enumerate mai sus

82. CM. Abdomenizarea pancreasului în pancreatita acută contribuie la:
A. Delimitarea procesului patologic al cavității peritoneale
B. Stoparea pătrunderii enzimelor şi a produselor de descompunere în spațiul retroperitoneal
C. Stoparea pătrunderii enzimelor şi a produselor de descompunere în mezoul intestinului subțire şi gros
D. Ameliorarea vascularizării glandei
E. Diminuarea activității enzimelor proteolitice

83. CM. În pancreatita acută complicațiile cele mai frecvent depistate sunt:
A. Abcesul pancreatic sau al bursei omentale
B. Abcesul țesutului adipos retroperitoneal şi al cavității peritoneale
C. Flegmonul retroperitoneal, mediastenita
D. Peritonita
E. Endocardita septică

84. CM. Afirmațiile adevărate despre sechestrul pancreatic sunt:
A. Se realizează prin delimitarea zonelor de necroză pancreatice şi peripancreatice
B. Este o colecție lichidiană extra- sau intrapancreatică
C. Diagnosticul se stabileşte radiologic
D. Diagnosticul se stabileşte, în special, prin tomodensitometrie
E. Wirsungografia retrogradă vizualizează comunicarea cu sechestrul pancreatic

85. CS. Evoluția pancreatitei acute se poate complica prin:
A. Fistule interne ale pancreasului
B. Fistule externe ale pancreasului

C. Hemoragii erozive
D. Tromboza venei lienale sau portă
E. Toate cele enumerate mai sus

86. CM. Referitor la abcesele pancreatice din pancreatita acută, putem afirma că:
A. Se manifestă prin sindrom general septic
B. Se palpează o tumoră cu limite precise
C. Ecografia sau tomografia computerizată permit o puncție aspirativă ghidată
D. Confirmarea clinică se face prin ecografie şi tomografie computerizată
E. Clinic se manifestă în a două săptămână de boală

87. CS. Dezvoltarea flegmonului retroperitoneal în pancreatita acută este însoțită de:
A. Apariția vomei
B. Creşterea nivelului seric şi urinar al amilazei
C. Edemul țesutului subcutanat adipos în regiunea lombară
D. Normalizarea indicilor termometriei
E. Toate cele enumerate mai sus

88. CM. Care din procedeele enumerate sunt utile în diagnosticul abcesului pancreatic?
A. Urmărirea evoluției bolii
B. Hemocultura
C. Radiografia de ansamblu a abdomenului
D. Tomografia computerizată
E. Răspunsuri corecte A, D

89. CS. Prin ce se manifestă instalarea pseudochistului în pancreatita acută?
A. Sindrom dureros
B. Febră

C. Simptomatică locală
D. Toxicoză

90. CS. Instalarea unui pseudochist în pancreatita acută se explică prin:
A. Acumularea revărsatului în cavitatea omentală
B. Involuția flegmonului pancreatic
C. Obstrucția canalelor pancreatice cu particule proteice și țesut fibros
D. Distrucția canalelor pancreatice

91. CS. În perioada tardivă a evoluției pancreatitei acute sunt posibile următoarele, exceptând:
A. Formarea pseudochisturilor, fistulelor
B. Dezvoltarea pancreatitei cronice
C. Apariția diabetului zaharat
D. Dezvoltarea chistului fibros al glandei
E. Dezvoltarea insulomei

92. CM. Referitor la durerea în pancreatita acută, sunt exacte următoarele afirmații:
A. Debut brusc
B. Localizare epigastrică difuză
C. Este însoțită de semne generale alarmante
D. Iradiază în spate
E. Nu se asociază cu grețuri și vărsături

93. CS. La fenomenele caracteristice pentru pancreatita necroticohemoragică nu se referă:
A. Evoluția vertiginoasă a afecțiunii
B. Toxicoza
C. Normovolemia și hipercalcemia
D. Peritonita aseptică
E. Flegmonul retroperitoneal

94. CM. Dintre principiile de tratament al pancreatitei acute menționate mai jos fac parte:
A. Reprimarea activității funcționale a glandei
B. Utilizarea antienzimelor și dezintoxicarea
C. Analgezia
D. Stimularea circulației și funcției renale
E. Intervenția imediată după deșocare

95. CS. Ruptura pancreasului cu secționarea canaluiui Wirșung se identifică preoperator prin:
A. Dozarea repetată a nivelului amilazei în sânge
B. Scintigrafie
C. Tomografie computerizată
D. Colangiopancreatografie retrogradă
E. Ultrasonografie

96. CS. Intervențiile intraoperatorii sugerează eventualitatea traumatismului de pancreas, exceptând:
A. Hematoamele retroperitoneale în etajul supramezocolic
B. Hematomul peripancreatic
C. Regiunile împăstate în pancreas
D. Revărsatul hemoragic conținând enzime pancreatice

97. CS. Explorarea exhaustivă a pancreasului prevede următoarele momente, exceptând:
A. Mobilizarea duodenului după Kocher
B. Secționarea ligamentului gastrocolic
C. Mobilizarea splinei împreună cu porțiunea caudală a pancreasului
D. Secționarea micului epiploon
E. Secționarea ligamentului Teres

98. CS. În cazul plăgilor pancreatice cu rupturi capsulare și parenchimatoase, însă fără a interesa canalul Wirsung, sunt necesare următoarele manipulații, exceptând:

A. Toaleta chirurgicală a plăgii
B. Hemostaza
C. Drenarea cavității abdominale
D. Decompresiunea căilor biliare
E. Suturarea capsulei pancreasului

99. CS. În leziunile pancreatice cu afectarea canalului Wirsung rezecția distală este considerată metodă de elecție, exceptând leziunile:
A. Cervicale
B. Corporale
C. Caudale
D. Situate spre dreapta de la vasele mezenterice superioare
E. Corporale şi caudale

100. CS. La un accidentat cu contuzie abdominală explorarea a evidențiat o ruptură transversală completă a pancreasului spre dreapta de la vasele mezenterice. În acest caz, operația de elecție o constituie:
A. Pancreatectomia distală
B. Închiderea capătului proximal, pancreatojejunostomia distală
C. Pancreatojejunostomia dublă
D. Pancreatojejunostomia antegradă
E. Sutura pancreasului cu restabilirea continuității canalului Wirsung

101. CS. Dintre complicațiile posibile după intervențiile chirurgicale, întreprinse pentru leziuni ale pancreasului, cele mai frecvente sunt:
A. Abcesul
B. Pancreatonecroza
C. Fistula duodenală
D. Fistula pancreatică
E. Hemoragia

102. CS. Alegeți metoda de diagnostic cea mai informativă în primele ore după traumatismul pancreasului:

A. Angiografia
B. Clişeul panoramic pe gol
C. Tomografia computerizată
D. Ultrasonografia
E. Laparoscopia

103. CS. Alegeți scopul mai important în tratamentul bolnavului cu pancreatită acută edematoasă:
A. Analgezia
B. Dezintoxicarea
C. Înlăturarea spasmului papilei Vater
D. Ameliorarea reologiei
E. Reprimarea activității de secreție a pancreasului, dezactivarea enzimelor circulante şi reechilibrarea volemică

104. CS. Ce semn clinic indică un prognostic grav în pancreatita acută?
A. Sindromul algic pronunțat cu iradiere în spate
B. Febra peste 38°C
C. Pulsul mai mult de 100′
D. Hipotensiunea mai joasă de 100/60 mm Hg
E. Tahipnoe mai sus de 24′

105. CS. Ce semn indică distrucția parenchimului pancreasului în a 7-zi după dezvoltarea pancreatitei acute?
A. Dureri cu iradiere în spate
B. Febra mai sus de 38°C
C. Staza gastrică, peristaltismul atenuat
D. Prezența infiltratului în epigastriu
E. Diureza mai puțin de 1 l/24 de ore

106. CS. Ce intervenție chirurgicală se aplică, dacă intraoperator s-a depistat pancreatită acută forma edematoasă?
A. Laparotomia, drenarea bursei omentale mică

B. Laparotomia, omentopancreatopexia
C. Laparotomia, abdomenizarea pancreasului
D. Laparotomia, colecistectomia, drenarea externă a coledocului, necrsechestrectomia
E. Rezecția pancreasului

***Răspunsuri corecte.* Pancreatita acută**

1 C; 2 ABC; 3 D; 4 A; 5 A; 6 E; 7 D; 8 A; 9 E; 10 E; 11 A; 12 D; 13 E; 14 B; 15 C; 16 C; 17 B; 18 E; 19 E; 20 BCDE; 21 D; 22 B; 23 C; 24 C; 25 ACDE; 26 ABCD; 27 ACDE; 28 ADE; 29 ACE; 30 B; 31 B; 32 BD; 33 E; 34 C; 35 B; 36 B; 37 E; 38 ABCD; 39 E; 40 ABDE; 41 ABCD; 42 ABC; 43 C; 44 D; 45 E; 46 C; 47 ABCD; 48 E; 49 C; 50 E; 51 ACDE; 52 E; 53 E; 54 ABD; 55 E; 56 ABC; 57 ACE; 58 ABD; 59 A; 60 E; 61 ABC; 62 ABC; 63 C; 64 E; 65 B; 66 C; 67 D; 68 E; 69 E; 70 ABC; 71 ABC; 72 E; 73 AC; 74 ABC; 75 A; 76 B; 77 E; 78 E; 79 A; 80 E; 81 E; 82 ABCD; 83 ABCD; 84 AD; 85 E; 86 ACE; 87 C; 88 ABCD; 89 ABC; 90 D; 91 E; 92 ABCD; 93 C; 94 ABCD; 95 D; 96 D; 97 E; 98 D; 99 D; 100 B; 101 D; 102 C; 103 E; 104 E; 105 B; 106 A.

4.25. INFARCTUL ENTERO-MEZENTERIC

1. CS. Una din cauzele cele mai frecvente ale infarctului enteromezenteric o constituie:
   A. Obstrucția arterelor prin embolie sau tromboză
   B. Tromboza venelor mezenterice
   C. Compresiunea din afară a vaselor mezenterice
   D. Insuficiența cardiacă, aritmiile, hipovolemia
   E. Leziunile traumatice ale vaselor mezenterice

2. CS. Sursa principală a emboliilor arteriale o constituie:
   A. Tromboza venelor profunde ale membrelor inferioare
   B. Procesele patologice în cordul stâng
   C. Operațiile pe cord și arterele magistrale
   D. Ateromatoza ulceroasă aortică
   E. Anevrismul aortic

3. CS. Detașarea spontană și fragmentarea trombului primitiv pot fi favorizate de următorii factori, exceptând:
   A. Modificările de forță și ritm ale contracțiilor cardiace
   B. Variațiile TA
   C. Suprasolicitarea fizică și psihică
   D. Autoliza maselor trombotice
   E. Administrarea anticoagulantelor de sinteză

4. CS. Frecvența relativ mai înaltă a emboliilor arterei mezenterice superioare față de cea inferioară nu este în raport cu:
   A. Topografia vasului
   B. Calibrul vasului
   C. Unghiul de derivație de la aortă
   D. Modificările aterosclerotice ale vasului
   E. Nimic din cele enumerate mai sus

B. Laparotomia, omentopancreatopexia
C. Laparotomia, abdomenizarea pancreasului
D. Laparotomia, colecistectomia, drenarea externă a coledocului, necrsechestrectomia
E. Rezecția pancreasului

***Răspunsuri corecte.* Pancreatita acută**

1 C; 2 ABC; 3 D; 4 A; 5 A; 6 E; 7 D; 8 A; 9 E; 10 E; 11 A; 12 D; 13 E; 14 B; 15 C; 16 C; 17 B; 18 E; 19 E; 20 BCDE; 21 D; 22 B; 23 C; 24 C; 25 ACDE; 26 ABCD; 27 ACDE; 28 ADE; 29 ACE; 30 B; 31 B; 32 BD; 33 E; 34 C; 35 B; 36 B; 37 E; 38 ABCD; 39 E; 40 ABDE; 41 ABCD; 42 ABC; 43 C; 44 D; 45 E; 46 C; 47 ABCD; 48 E; 49 C; 50 E; 51 ACDE; 52 E; 53 E; 54 ABD; 55 E; 56 ABC; 57 ACE; 58 ABD; 59 A; 60 E; 61 ABC; 62 ABC; 63 C; 64 E; 65 B; 66 C; 67 D; 68 E; 69 E; 70 ABC; 71 ABC; 72 E; 73 AC; 74 ABC; 75 A; 76 B; 77 E; 78 E; 79 A; 80 E; 81 E; 82 ABCD; 83 ABCD; 84 AD; 85 E; 86 ACE; 87 C; 88 ABCD; 89 ABC; 90 D; 91 E; 92 ABCD; 93 C; 94 ABCD; 95 D; 96 D; 97 E; 98 D; 99 D; 100 B; 101 D; 102 C; 103 E; 104 E; 105 B; 106 A.

4.25. INFARCTUL ENTERO-MEZENTERIC

1. CS. Una din cauzele cele mai frecvente ale infarctului enteromezenteric o constituie:
   A. Obstrucția arterelor prin embolie sau tromboză
   B. Tromboza venelor mezenterice
   C. Compresiunea din afară a vaselor mezenterice
   D. Insuficiența cardiacă, aritmiile, hipovolemia
   E. Leziunile traumatice ale vaselor mezenterice

2. CS. Sursa principală a emboliilor arteriale o constituie:
   A. Tromboza venelor profunde ale membrelor inferioare
   B. Procesele patologice în cordul stâng
   C. Operațiile pe cord și arterele magistrale
   D. Ateromatoza ulceroasă aortică
   E. Anevrismul aortic

3. CS. Detașarea spontană și fragmentarea trombului primitiv pot fi favorizate de următorii factori, exceptând:
   A. Modificările de forță și ritm ale contracțiilor cardiace
   B. Variațiile TA
   C. Suprasolicitarea fizică și psihică
   D. Autoliza maselor trombotice
   E. Administrarea anticoagulantelor de sinteză

4. CS. Frecvența relativ mai înaltă a emboliilor arterei mezenterice superioare față de cea inferioară nu este în raport cu:
   A. Topografia vasului
   B. Calibrul vasului
   C. Unghiul de derivație de la aortă
   D. Modificările aterosclerotice ale vasului
   E. Nimic din cele enumerate mai sus

5. CS. Ischemia întregului intestin subțire şi a cecoascendentului se produce în caz de obstruare a:
   A. Arterei mezenterice superioare în segmentul I
   B. Arterei mezenterice superioare în segmentul II
   C. Arterei ileocolice
   D. Arterei colice stângi
   E. Arterei mezenterice inferioare

6. CS. Modificările organice, cauzate de diverse procese patologice, constituie principala premisă de tromboză a arterei mezenterice superioare. Mai frecvent în acest rol se prezintă:
   A. Tromboangeita obliterantă
   B. Ateroscleroza
   C. Periarterita nodoasă
   D. Aorto-arterita nespecifică
   E. Hiperplazia fibromusculară

7. CS. În care patologie aortală obstrucția arterelor mezenterice superioară şi inferioară poate fi simultană:
   A. Ateroscleroză
   B. Arterita nespecifică
   C. Anevrismul disecant
   D. Tromboză
   E. Embolia bifurcației aortei

8. CS. Toți factorii, enumerați mai jos, pot contribui la apariția unor tulburări neocluzive ale circulației mezenterice, exceptând:
   A. Insuficiența cardiacă
   B. Aritmia
   C. Hipovolemia
   D. Adrenomimeticele
   E. Glicozidele cardiace

9. CS. Care afirmație privind obstrucția arterei mezenterice superioare prin embolie sau tromboză este incorectă?
   A. Se înregistrează, în principal, la persoanele în vârstă de peste 50 de ani
   B. Se depistează mai ales la femeile cu exces ponderal
   C. Se produce mai frecvent în prezența semnelor de ateroscleroză generalizată
   D. Poate surveni pe fundal de ischemie cronică intestinală
   E. Principala sursă de embolii o constituie cordul stâng

10. CS. Nu pare verosimil ca debutul unei obstrucții mezenterice să fie:
   A. Brusc
   B. Treptat
   C. În doi timpi
   D. Precedat de prodrom
   E. Fără sindrom doloric

11. CS. În tabloul precoce al tulburărilor acute ale circulației mezenterice nu se înscrie:
   A. Starea generală alterată
   B. Durerea abdominală intensă
   C. Vărsăturile
   D. Semnele de iritație peritoneală
   E. Tulburările de tranzit intestinal

12. CS. Sindromul doloric accentuat denotă:
   A. Stadiu de ischemie
   B. Stadiu de infarct
   C. Stadiu de peritonită

13. CS. Voma cu miros putrid denotă:
   A. Stadiu de ischemie
   B. Stadiu de infarct

C. Stadiu de peritonită

14. CS. Contractura musculară denotă:
A. Stadiu de ischemie
B. Stadiu de infarct
C. Stadiu de peritonită

15. CS. Scaunul şi emisia de gaze, uneori diareea, denotă:
A. Stadiu de ischemie
B. Stadiu de infarct
C. Stadiu de peritonită

16. CS. Tenesmele, scaunul sanguinolent denotă:
A. Stadiu de ischemie
B. Stadiu de infarct
C. Stadiu de peritonită

17. CS. Dintre metodele de diagnosticare a infarctului enteromezenteric, informaţia cea mai precisă o furnizează:
A. Angiografia selectivă
B. Radiografia de ansamblu a abdomenului
C. Tomografia computerizată
D. Laparoscopia
E. Testele de laborator

18. CS. Tabloul clinic al trombozei venoase se distinge întrucâtva de cel determinat de ocluzia arterială, însă unul din semne se manifestă identic, indiferent de natura obstrucţiei. Care anume?
A. Prodromul
B. Sindromul doloric
C. Meteorismul
D. Diareea sanguinolentă
E. Hematocritul mărit, hiperleucocitoza

19. CS. Frecvenţa trombozelor primitive (idiopatice) ale venelor mezenterice în infarctul entero-mezenteric echivalează cu:
A. 3%
B. 5%
C. 15%
D. 25%
E. 40%

20. CS. Dintre trombozele idiopatice /primitive/ ale venelor mezenterice fac parte cele apărute:
A. Din cauze necunoscute
B. Pe teren infecţios
C. În urma hipercoagulabilităţii
D. Secundând o stază venoasă locală
E. Consecutiv leziunilor traumatice

21. CS. Care metodă de intervenţie este indicată în obstrucţia acută a arterei mezenterice superioare:
A. Embol- şi tromboembolectomia, tromboendarteriectomia
B. Operaţia de derivaţie
C. Dezobliterația cu rezecţie a intestinului
D. Rezecţia intestinului
E. Operaţia de elecţie se decide, ţinându-se cont de circumstanţe

22. CS. Elementul dominant în terapia trombozei venoase mezenterice îl constituie:
A. Anticoagulantele naturale
B. Fibrinoliticele
C. Dextranii micromoleculari
D. Remediile dezagregante
E. Metodele chirurgicale

23. CS. După operaţiile pentru obstrucţie mezenterică cele mai mari dificultăţi de estimare şi control prezintă:

A. Hemodinamica
B. Funcția respirației externe
C. Echilibrul hidroelectrolitic
D. Circulația în peretele intestinal
E. Funcția rinichilor

24. CS. Pericolul extinderii leziunilor ischemice pe intestin în perioada postoperatorie se poate stabili în modul cel mai sigur şi la momentul oportun, apreciindu-se:
A. Evoluția stării generale
B. Caracterul reacției leucocitare
C. Nivelul bilirubinei în sânge
D. Starea funcționala a rinichilor
E. Datele relaparotomiei

25. CS. Raportul dintre ischemia acută a intestinului subțire şi a celui gros este de:
A. 5/1
B. 10/1
C. 15/1
D. 20/1
E. 25/1

26. CS. Care sunt cauzele cele mai obişnuite ale infarctului enteromezenteric?
A. Obstrucția acută a trunchiului celiac
B. Embolia şi tromboza arterei mezenterice superioare
C. Tromboza venei mezenterice superioare
D. Obstrucția arterei mezenterice inferioare
E. Debitul cardiac diminuat şi depresiunea circulatorie îndelungată

27. CS. Infarctul entero-mezenteric debutează cu:
A. Durere violentă periombilicală
B. Vărsături

C. Zgomote peristaltice active
D. Semne de iritație peritoneală
E. Şoc hipovolemic

28. CM. Ischemia cronică intestinală se traduce prin:
A. Anorexie
B. Dureri postprandiale
C. Hemoragie digestivă ocultă
D. Diaree
E. Deficit ponderal

29. CS. Ce tratament cu intenție curativă se aplică cel mai frecvent în infarctul entero-mezenteric?
A. Heparinizarea completă
B. Administrarea vasodilatatoarelor
C. Fibrinolitice administrate pe cale intraarterială
D. Rezecția de intestin
E. Revascularizația intestinului

30. CM. Pentru pregătirea preoperatorie în infarctul entero-mezenteric sunt necesare:
A. Soluții de electroliți, coloizi şi proteine
B. Antibiotice
C. Anticoagulante
D. Soluții de bicarbonat de sodiu
E. β-adrenomimetice

31. CM. Infarctul entero-mezenteric de origine venoasă demonstrează unele particularități, printre care menționăm:
A. Prodromul
B. Debutul insidios
C. Diareea sanguinolentă mai frecventă
D. Leucocitoza marcată şi Ht-ul crescut
E. Evoluția lentă

32. CM. Ce factori credeți că ar putea să favorizeze tromboza venelor mezenterice cu infarct intestinal?
A. Apendicita acută
B. Deficitul de antitrombină III
C. Ciroza hepatică
D. Traumatismele abdominale
E. Flebita venelor mezenterice

33. CS. Ce metodă permite o apreciere exactă a viabilității intestinului după restabilirea permeabilității vasculare în infarctele entero-mezenterice?
A. Examenul vizual şi palparea
B. Fluxometria Doppler
C. Proba cu fluoresceină
D. Explorarea second-look

***Răspunsuri corecte.* Infarctul entero-mezenteric**

1 A; 2 B; 3 E; 4 D; 5 A; 6 B; 7 C; 8 D; 9 B; 10 E; 11 D; 12 A; 13 B; 14 C; 15 A; 16 B; 17 A; 18 B; 19 D; 20 A; 21 E; 22 E; 23 D; 24 E; 25 B; 26 BCE; 27 ABC; 28 BE; 29 D; 30 ABCDE; 31 ABCD; 32 ABCDE; 33 D.

4.26. PERITONITELE

1. CS. Limita dintre etajele cavității abdominale este constituită de:
A. Linia orizontală ce trece prin spinele iliace anterosuperioare
B. Linia orizontală ce trece prin marginea inferioară a rebordului costal
C. Colonul transvers şi mezoul acestuia
D. Mezoul porțiunii terminale a ileonului
E. Apertura bazinului mic

2. CS. Canalul parieto-colic drept este:
A. Toată partea dreaptă a cavității abdominale
B. Lumenul colonului ascendent
C. Spațiul dintre colonul ascendent şi peretele abdominal lateral
D. Spațiul dintre mezoul colonului ascendent şi transvers
E. Toate spațiile cavității abdominale la dreapta de colonul descendent

3. CS. Peretele anterior al bursei omentale este format de:
A. Omentul mare
B. Mezoul colonului transvers
C. Peretele abdominal anterior
D. Peretele posterior al stomacului
E. Fața inferioară a ficatului

4. CS. Conform legii lui Stokes, inflamația peritoneului determină:
A. Paralizia musculaturii abdominale
B. Vasodilatarea vaselor mezenterice
C. Spasmul musculaturii netede intestinale
D. Vasoconstricția vaselor mezenterice
E. Paralizia musculaturii intestinale netede

5. CM. Drenajul lichidului peritoneal prin "stomata" seroasei diafragmatice este influențat de:

A. Calibrul variabil al acestor orificii
B. Mişcările respiratorii
C. Poziţia pacientului
D. Presiunea intraabdominală
E. Inflamaţia seroasei peritoneale

6. CM. Semnele funcţionale ale peritonitei acute sunt:
A. Durerea
B. Vărsăturile
C. Dispneea
D. Oprirea tranzitului intestinal
E. Sughiţul

7. CM. Durerile viscerale în peritonitele acute ce apar în afectarea organelor interne:
A. Poartă un caracter surd şi sâcâitor
B. Au localizare incertă
C. Se resimt preponderent în proximitatea medianei abdomenului
D. Frecvent sunt însoţite de efecte secundare: hiperhidroză, greaţă, vomismente, paloarea tegumentelor etc.

8. CM. Traficul substanţelor din cavitatea peritoneală în ganglionii limfatici este favorizat de:
A. Criptele în mezoteliul diafragmatic
B. Absenţa membranei bazale în zona criptelor mezoteliale şi a vaselor limfatice terminale ale diafragmului
C. Excursiunile respiratorii ale diafragmului
D. Peristaltismul intestinal

9. CM. Procesul de regenerare a peritoneului în peritonitele acute după leziune:
A. Se derulează rapid
B. Se produce cu concursul celulelor-tulpină şi al celulelor detaşate de pe suprafaţa peritoneului intact

C. Începe simultan în mai multe locuri pe aria leziunii
D. Se termină prin formare de aderenţe

10. CM. Ce fenomene au loc în cavitatea abdominală după invazia microbiană?
A. Eliberarea mediatorilor chimici ai inflamaţiei
B. Reacţia vasculară
C. Exsudarea
D. Intensificarea traficului de lichide spre peritoneul diafragmatic

11. CM. Dintre factorii, care favorizeaza diseminarea infecţiei în cavitatea peritoneală, fac parte:
A. Excursiunile respiratorii ale diafragmului
B. Forţa gravitaţiei
C. Mişcările fiziologice ale abdomenului
D. Depozitele de fibrină

12. CM. Apariţia efectelor secundare vizând organele interne este inevitabilă în peritonite. Aceasta afirmaţie se referă, oare, şi la:
A. Cord
B. Plămâni
C. Rinichi
D. Intestin

13. CM. În peritonite au efect negativ asupra activităţii cordului:
A. Hipovolemia
B. Acidoza metabolică
C. Endotoxicoza
D. Modificările distrofice în miocard

14. CM. Ce modificări au loc în sistemul microcirculator pe fundal de peritonită?
A. Dilatarea arteriolelor şi a capilarelor
B. Alterarea proprietăţilor reologice ale sângelui

C. Edemul perivascular şi hemoragiile
D. Şutarea sângelui prin anastomoze arterio-venoase

15. CM. Ce consecinţe poate avea irigarea insuficientă a ţesuturilor, posibil în condiţii de peritonită?
A. Deficit energetic
B. Perturbarea funcţiilor celulare
C. Lezarea membranelor lizosomice
D. Dezechilibrul acido-bazic

16. CM. Care dintre factorii enumeraţi aici este implicat în leziunile renale pe fundal de peritonită?
A. Modificarea volumului de sânge circulant
B. Starea activităţii cordului
C. Indicii tensiunii arteriale
D. Metaboliţii toxici

17. CM. Fenomenele patologice ce vizează intestinul, apărute pe fundal de peritonită, sunt:
A. Hipoxia locală
B. Pareza intestinală
C. Disbacterioza
D. Translocaţia bacteriană

18. CM. Prin ce se explică tulburările respiratorii apărute în peritonite?
A. Perturbaţii microcirculatorii
B. Efectul enzimelor proteolitice, endotoxinelor şi produşilor de peroxidare a lipidelor
C. Infecţie
D. Hipoventilaţie

19. CS. Endotoxicoza în peritonite este favorizată de factori, exceptând factorul:
A. Neurovegetativ

B. Microbian
C. Inflamatoriu
D. Intestinal
E. Metabolic

20. CS. Dintre agenţii responsabili de apariţia endotoxicozei în peritonite rolul decisiv în instalarea socului septic îl au:
A. Toxinele, provenite din membranele celulare ale aerobilor gram-negativi dezintegraţi
B. Toxinele elaborate de bacteriile gram-pozitive vii
C. Substanţele cu masa moleculară medie
D. Enzimele lizozomale
E. Substanţele bioactive

21. CS. Starea hipovolemică se manifestă prin toate semnele enumerate, exceptand:
A. Hipertermia
B. Tahicardia
C. Xerodermia
D. Hipotonia
E. Oliguria

22. CS. Peritonita se consideră primitivă (primară) în caz de:
A. Instalare pe fundal de inflamaţie acută a organelor intaabdominale
B. Contaminare infecţioasă pe cale hematogenă sau limfogenă
C. Perforaţie a organelor cavitare
D. Leziuni ale căilor biliare
E. Infarct entero-mezenteric

23. CS. Nu este adevărat că senzaţiile dolorice în peritonite:
A. Au caracter constant
B. Nu iradiază
C. Se intensifică la mişcare, efort fizic, tuse

D. Se intensifică gestul de decompresiune bruscă în cadrul palpării
E. Sunt mai accentuate la nivelul sursei de infecție

24. CS. Intensitatea senzațiilor dolorice în peritonite este influențată de circumstanțele enumerate, exceptând:
A. Cauzele peritonitei
B. Vechimea afecțiunii
C. Vârsta bolnavului
D. Spectrul microbian
E. Gravitatea endotoxicozei

25. CS. Dintre simptomele locoregionale ale peritonitei, cea mai caracteristică este:
A. Durerile în abdomen
B. Apărarea musculară
C. Matitatea în zonele declive ale abdomenului
D. Distensia abdomenului
E. Durerile provocate de tactul rectal

26. CS. Dintre simptomele enumerate mai jos pentru peritonite nu este caracteristică:
A. Durerea provocată de palparea sau percuția abdomenului
B. Distensia abdomenului
C. Apărarea musculară
D. Intensificarea zgomotelor intestinale
E. Durerea la tactul rectal sau vaginal

27. CS. Care simptom nu se observă în perioada de debut al peritonitei?
A. Durerile abdominale
B. Vărsăturile fecaloide
C. Tahicardia
D. Apărarea musculară
E. Atenuarea zgomotelor intestinale

28. CS. Dintre semnele de peritonită neglijată cel mai patognomonic este:
A. Tahicardia
B. Hipotonia
C. Dispneea
D. Semnul Bliumberg
E. Matitatea în părțile declive ale abdomenului

29. CS. Dintre factorii enumerați mai jos nu influentează evoluția peritonitei:
A. Gradul de contaminare microbiană a cavității peritoneale și virulența agenților infecțioși
B. Durata de contact a peritoneului cu factorul infecțios
C. Prezența mucusului, sângelui și a altor materii eterogene în cavitatea peritoneală
D. Bacteriemia
E. Numărul de neutrofile și activitatea lor fagocitară

30. CS. În diagnosticul peritonitei acute un rol primordial are:
A. Tabloul clinic
B. Examenul radiologic
C. Testele de laborator
D. Laparocenteza
E. Puncția-lavaj peritoneal

31. CS. Un bolnav a fost internat de urgență dupa 2 ore de la apariția bruscă a unor dureri abdominale violente și constante. Examenul fizic a evidențiat durere pe toată aria abdominală, contractură musculară, simptomul Bliumberg pozitiv. Pentru diagnosticarea cazului sunt necesare:
A. Radiografia simplă a abdomenului
B. Examenul radiologic cu administrare perorală de substanță de contrast hidrosolubilă
C. Tomografia computerizată

D. Laparoscopia
E. Nimic din cele enumerate mai sus

32. CS. Care simptom sugerează cauza eventuală a peritonitei?
A. Distensia abdominală
B. Durerea la palparea abdomenului
C. Apărarea musculară
D. Simptomul pozitiv Scetkin-Bliumberg
E. Dispariția matității hepatice

33. CS. Peritonita poate fuziona cu următoarele semne radiologice, exceptând:
A. Atelectaziile discoidale în segmentele pulmonare bazale
B. Revărsatul în cavitățile pleurale
C. Poziția elevată şi mobilitatea redusă a cupolelor diafragmului
D. Tranzitul accelerat al substanței de contrast prin intestinul subțire
E. Opacifierea abdominală declivă evidențiată prin radiografie simplă

34. CS. Despre semnele clinice din peritonite se pot afirma următoarele, exceptând:
A. Elementul esențial este contractura abdominală
B. La început, vărsăturile sunt alimentare, bilioase
C. Unele peritonite pot debuta cu diaree
D. Durerea este un semn inconstant
E. Lipsa creşterii temperaturii nu exclude peritonita

35. CM. Examenul obiectiv al abdomenului în peritonite poate arăta:
A. Abdomen imobil, rigid, indiferent de cauza peritonitei şi de momentul evolutiv
B. Semnul Bliumberg pozitiv
C. Balonare abdominală în peritonita neglijată

D. Rigiditate musculară maximă ("abdomen de lemn") cu caracterele: dureroasă, tonică, permanentă, invincibilă
E. Durere generalizată la percuție fără intensificare într-o anumită zonă

36. CM. Despre metoda laparoscopică în tratamentul peritonitelor sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Complicațiile parietale supurative sunt mai reduse
B. Este utilizată în perforațiile viscerale mari
C. Poate fi utilizată în perforațiile apendiculare şi în ulcerul perforat
D. Prezintă riscul potențial al difuzării infecției datorită pneumoperitoneului
E. Drenajul aspirativ este relativ ineficient

37. CM. Tratamentul peritonitelor periodice ("febra mediteraneană familială") include:
A. Tratament medical
B. Antibiotice
C. Tratament chirurgical
D. Administrare de Colhicină
E. Administrare de Salazopirină

38. CS. În apărarea peritoneului, rolul major este executat de:
A. Limfocite
B. Citokine
C. Macrofage
D. Fibrinogen
E. Eozinofile

39. CM. Principiile tratamentului chirurgical, expuse de Kirschner, se referă la:
A. Tratarea infecției reziduale
B. Reducerea contaminării
C. Antibioterapie

D. Prevenirea recurentelor septice
E. Eliminarea sursei de contaminare

40. CM. Peritonitele granulomatoase apar în infecțiile cu următorii germeni:
A. Mycobacterium
B. Actinomyces
C. Chlamydia
D. Strongiloides
E. Corinebacterium

41. CM. Dintre mediatorii endotoxicozei inflamatoare în peritonita acută fac parte:
A. Factorul de necroză tumorală (TNF)
B. Interleukina 1
C. Interleukina 2
D. Interleukina 6
E. Interleukina 8

42. CM. În culturile exsudatului peritoneal (peritonitele secundare) cel mai frecvent sunt decelate:
A. Flora bacteriană asociată
B. În monoinfecții – E. Coli pe primul loc, Stafilococul – pe locul doi
C. Tendința înlocuirii florei gram-pozitive cu flora gram-negativă
D. Creşterea importanței florei saprofite şi condiționat patogene (infecție anaerobă nonclostridiană)
E. Totdeauna predomină infecția cu clostridii anaerobe

43. CS. Peritonitele specifice sunt determinate de:
A. Micoze
B. Tuberculoză
C. Gonococ
D. Toate cele enumerate mai sus

E. Nici un răspuns nu este corect

44. CS. Componentele cercului vicios în endotoxicoza din peritonite sunt:
A. Sursa intoxicației (cavitatea abdominală, procesul inflamator purulent, intestinul patologic schimbat)
B. Bacteriile şi toxinele acestora circulante în sânge, produsele de degradare proteică şi efectele acestora asupra celulelor şi țesuturilor
C. Activarea sistemelor enzimatice şi acumularea produselor biologic active în sânge
D. Formarea produşilor toxici secundari în urma activării proceselor catabolice şi inactivării oxidării lipidelor
E. Insuficiența hepatică acută

45. CS. În funcție de evoluție, peritonitele sunt:
A. Acută, subacută şi cronică
B. Acută, recidivantă şi asimptomatică
C. Acută, tranzitorie şi subacută
D. Subacută şi cronică
E. Numai acută

46. CS. Evoluția cronică este tipică pentru:
A. Peritonita purulentă
B. Peritonita bilioasă
C. Peritonita tuberculoasă
D. Peritonita stercorală
E. Peritonita enzimatică

47. CM. Clasificarea etiopatogenică a peritonitelor (clasificarea Hamburg, 1989) cuprinde următoarele categorii:
A. Peritonite primare
B. Peritonite secundare
C. Peritonite acute difuze
D. Peritonite terțiare

E. Abcese intraabdominale

48. CM. Caracterele contracturii musculare într-o peritonită sunt:
A. Apare numai la palparea profundă
B. Este dureroasă
C. Este permanentă
D. Este invincibilă
E. Poate fi învinsă prin distragerea atenției pacientului

49. CS. Peritonita primară este:
A. Peritonita după perforarea unui organ cavitar abdominal
B. Peritonita după plăgi abdominale penetrante
C. Peritonita după infecția limfo- și hematogenă a cavității abdominale
D. Peritonita din ocluzia intestinală
E. Pelvioperitonita gonococică

50. CS. Peritonita secundară este:
A. Peritonita după perforarea unui organ cavitar
B. Peritonita după plăgi penetrante abdominale
C. Peritonita enzimatică
D. Pelvioperitonita din sarcina extrauterină ruptă
E. Toate cele enumerate mai sus

51. CS. Clinic peritonita înregistrează următoarele faze (stadii):
A. Reactivă, toxică, terminală
B. Latentă, de intoxicare, reconvalescentă
C. Acută, subacută, cronică
D. Prodromală, acută, terminală
E. Acută, cronică

52. CS. Faza (stadiul) de șoc în peritonite durează în medie:
A. 1–3 ore
B. Până la 24 de ore

C. 24–48 de ore
D. Mai mult de 2 zile
E. De la câteva zile până la o săptămână

53. CS. Pentru faza (stadiul) de debut al peritonitelor sunt caracteristice semnele de mai jos, exceptând:
A. Durerea abdomenului pelvin la examinarea per rectum
B. Tahicardia
C. Dereglările hidro-saline severe
D. Contracția mușchilor abdominali
E. Tendința la leucocitoză

54. CS. Faza (stadiul) toxică în peritonite durează în medie:
A. Până la 72 de ore
B. Până la 24 de ore
C. Până la 12 ore
D. Până la 6 ore
E. Mai puțin de 6 ore

55. CS. Faza terminală a peritonitelor începe:
A. După 24 de ore de la debutul durerii
B. După 72 de ore de la debutul durerii
C. După o săptămână de la debutul durerii
D. După o lună de la debutul durerii
E. Nu există răspunsuri corecte

56. CM. Etapele evoluției clinice a peritonitelor biliare sunt:
A. Faza inițială de șoc, de scurtă durată
B. Faza latentă sau "de bine fals"
C. Faza de insuficiență hepato-renală și ocluziv-paralitică, cu accentuarea simptomelor locale și generale
D. Faza complicațiilor infecțioase ireversibile, insuficienței hepato-renale și cardio-respiratorii progresive
E. Faza septicopiemică

57. CM. Enumerați formele clinice ale peritonitelor biliare:
A. Peritonită biliară perforativă
B. Peritonită biliară prin transsudare
C. Peritonită biliară anaerobă
D. Peritonită biliară posttraumatică
E. Toate cele enumerate mai sus

58. CM. Gravitatea evoluției peritonitelor depinde de:
A. Masa corpului pacientului
B. Caracterul microflorei
C. Gradul de intoxicație
D. Hipovolemie
E. Gradul dezechilibrului proteic, electrolitic şi acidobazic

59. CS. Despre drenajul cavității abdominale în peritonite se pot afirma următoarele, exceptând:
A. Tubul de dren inhibă capacitatea funcțională de apărare a peritoneului
B. După 48 de ore se formează tracturi fibroase care obstruează
C. Poate apărea erodarea intestinului în contact cu tubul de dren
D. La copiii cu apendicită acută tubul de dren este obligatoriu
E. Tubul de dren constituie o cale de contaminare din exterior

60. CM. Conform explorărilor de laborator, în peritonitele acute difuze se pot afirma următoarele:
A. Este prezentă leucocitoza cu deviere la dreapta
B. Tomografia computerizată nu se practică în mod curent
C. Echografia poate oferi date despre etiologia peritonitei
D. Puncția-lavaj a cavității peritoneale este contraindicată
E. Radiografia abdominală pe gol arată ştergerea umbrei psoasului

61. CM. Hemoleucograma, într-o peritonită acută, poate evidenția:
A. Valori aproape normale
B. Hiperleucocitoză, cu deviere spre stânga a formulei leucocitare

C. Leucopenie
D. Totdeauna hiperleucocitoză datorită sindromului septic sever din peritonitele acute
E. Mai frecvent leucopenie

62. CM. Care din următoarele afirmații referitoare la abcesele intraabdominale sunt adevărate?
A. Se clasifică în abcese intraperitoneale, retroperitoneale şi viscerale
B. Sunt, în general, monomicrobiene
C. Mai frecvent survin secundar posttraumatic, postoperator sau după un proces patologic local
D. Pot surveni independent de orice leziune viscerală sau locală
E. Pot fi unice sau multiple

63. CM. Examenul radiologic simplu al abdomenului, într-o peritonită acută difuză:
A. Nu este util pentru diagnostic
B. Poate evidenția pneumoperitoneul interhepatodiafragmatic, care atestă, de regulă, o perforație de organ cavitar
C. Arată ştergerea umbrei psoasului
D. Evidențiază nivele hidroaerice dispuse centroabdominal, în „cuiburi de rândunică"
E. Arată imaginea de ansă opacă sau „ansă în doliu", cel puțin la debut

64. CS. Iradierea durerii în umărul drept este condiționată de:
A. Edemul peretelui intestinal
B. Prezența unui abces interintestinal
C. Prezența aerului liber sau revărsat sub hemidiafragmul drept
D. Hemidiafragm drept sus situat (elevat)
E. Insuficiență respiratorie

65. CS. Semnele radiologice de abces subdiafragmatic includ, exceptând:
A. Semnul Courvoisier
B. Opacitate situată între ficat şi diafragm cu nivel orizontal de lichid
C. Diafragm sus situat (elevat)
D. Excursie limitată a hemidiafragmului drept
E. Pleurezie pe dreapta concomitentă

66. CS. Semnul Spijarski reprezintă:
A. Iradierea ralurilor respiratorii şi cardiace în abdomen
B. Absenţa peristaltismului abdominal
C. Absenţa matităţii hepatice la percuţie
D. Durere la palpare periombilicală
E. Iradierea durerii în umărul drept în peritonită

67. CS. Caracteristice fazei (stadiului) terminale a peritonitelor sunt:
A. Diminuarea sindromului algic
B. Accentuarea durerii
C. Bradicardia
D. Diareea şi micţiile unice frecvente
E. Hiperperistaltismul

68. CS. Semnul "hopa-mitică" este caracteristic pentru:
A. Peritonita postapendicectomie
B. Peritonita enzimatică
C. Ruptura de splină
D. Toate cele enumerate mai sus
E. Nici unul din cele enumerate mai sus

69. CS. Peritonita la copii este caracterizată prin:
A. Predominarea simptomelor generale asupra celor locale
B. Durere locală accentuată
C. Hipotermie

D. Absenţa modificărilor majore în hemogramă
E. Evoluţie subacută

70. CS. Peritonita la persoane în vârstă este caracterizată de:
A. Predominarea simptomelor locale asupra celor generale
B. Normo- şi bradicardie
C. Hipertermie bruscă
D. Evoluţie fulminantă
E. Toate cele enumerate mai sus

71. CS. Pregătirea preoperatorie în peritonite include acţiunile enumerate mai jos, exceptând:
A. Perfuziile cu lichide şi electroliţi
B. Oxigenoterapia
C. Administrarea β-adrenomimeticelor
D. Administrarea antibioticelor
E. Intubaţia nazo-gastrică

72. CM. Abţinerea de la laparotomie prin incizie mediană în peritonite poate fi justificată:
A. În prezenţa unei cicatrice după o laparotomie mediană
B. La copiii de vârstă sub 1 an
C. La senescenţi
D. În peritonitele localizate

73. CS. Înlăturarea sursei de infecţie constituie obiectivul major al operaţiei. Schematizăm în continuare câteva din procedeele de rutină, acceptabile sub acest raport. Care dintre acestea este preferabilă?
A. Suturarea
B. Rezecţia
C. Exereza
D. Exteriorizarea
E. Nici una din cele enumerate mai sus

74. CS. Dintre metodele recomandabile pentru combaterea septicității în cavitatea peritoneală după lichidarea sursei de peritonită, este discutabilă:
A. Decolarea minuțioasă a depozitelor de fibrină de pe peritoneul visceral şi parietal
B. Lavajul abundent al cavității peritoneale
C. Administrarea antibioticelor
D. Tratarea peritoneului cu ultrasunete
E. Iradierea cu laser

75. CS. Ca indicație de tratament al peritonitei prin „abdomen deschis" servesc toate situațiile de mai jos, exceptând:
A. Vârsta de peste 50 de ani
B. Formele neglijate
C. Sursele septice sensibile curei radicale
D. Ischemia anselor intestinale
E. Cazurile în care nu este exclusă o intervenție iterativă

76. CS. Dacă pe parcursul laparotomiei se apreciază că lichidarea cauzei peritonitei şi lavajul cavității peritoneale nu sunt suficiente pentru a asigura controlul asupra evoluței ulterioare a afecțiunii, în perioada postoperatorie măsurile energice de combatere a infecției sunt obligatorii. Dintre acestea este preferabilă:
A. Administrarea topică a antibioticelor
B. Drenajul cavității abdominale cu aspirație continuă
C. Dializa peritoneală
D. Relaparotomia
E. Abdomenul deschis

77. CS. Una dintre afirmațiile privind avantajele tratamentului deschis al peritonitei este eronată. Anume care?
A. Se suprimă hipertensiunea intraabdominală
B. Lichidarea focarelor septice din cavitatea peritoneală este mai eficientă

C. Complicațiile se depistează oportun
D. Se poate adopta o tactică curativă flexibilă
E. Virtualitatea formării herniilor ventrale este mai mică

78. CS. Dintre obiectivele terapiei de rehidratare postoperatorie este prioritară:
A. Dezintoxicarea
B. Stabilizarea hemodinamicii
C. Reechilibrarea hidrică, electrolitică şi acido-bazică
D. Reechilibrarea proteică şi energetică
E. Roburarea forțelor de protecție a organismului

79. CM. Elecția antibioticelor până la identificarea agenților patogeni se bazează pe:
A. Presupunerile privind spectrul verosimil al microorganismelor
B. Datele despre nivelul de concentrație a preparatului în focarul de infecție
C. Rezultatele observărilor asupra fenomenelor adverse ale antibioticelor
D. Datele ce caracterizează evoluția bolii

80. CS. Administrarea topică a antibioticelor în peritonită nu este recomandabilă. Ce argumente sub acest raport par mai convingătoare?
A. Antibioticele pot modifica tabloul clinic
B. Stimulează procesul aderențial
C. Favorizează producerea plastronului
D. Concentrația uniformă a preparatului în focarul infecțios nu poate fi asigurată

81. CM. Care dintre procedeele enumerate aici este recomandabil pentru combaterea ocluziei paralitice a intestinului?
A. Aspirația gastrică
B. Reechilibrarea hidro-electrolitică
C. Administrarea inhibitorilor colinesterazei

D. Anestezia peridurală

82. CM. Pentru echilibrarea hemodinamicii în depresia funcției contractile a miocardului și insuficiența circulatorie se administreaza:
A. Perfuzii de soluții electrolitice și coloidale
B. Dopamină (Dobutamină)
C. Glucozide cardiace
D. Antagoniști ai calciului

83. CM. Care din situațiile enumerate impun o ventilație artificială a plămânilor?
A. Eșecul oxigenoterapiei
B. Stopul respiratoriu sau respirația patologică în diverse variante
C. Semnele de insuficiență a altor organe
D. Valori PaO_2 < 60 mm Hg

84. CM. În sindromul de insuficiență respiratorie a adultului se observă modificări:
A. De ventilație pulmonară
B. De complianță și capacitate vitală a plămânilor
C. Ale spațiului alveolar mort
D. Ale Pa O_2

85. CS. Despre evoluția unei insuficiențe renale, pe fundal de peritonită, putem obține informații mai autentice, urmărind:
A. Diureza
B. Nivelul sanguin al ureei și creatininei
C. Nivelul potasemiei
D. Indicii echilibrului acido-bazic
E. Coraportul de osmolaritate urină/plasmă

86. CM. Dintre metodele de dezintoxicare în peritonite sunt preferabile:
A. Hemosorbția
B. Plasmosorbția

C. Plasmofereza
D. Limfosorbția
E. Enterosorbția

87. CS. Corectarea deficitului imun, ce însoțește peritonita, se efectuează cu rezultate mai bune prin:
A. Măsuri de combatere a septicității intraabdominale
B. Transfuzii de masă leucocitară
C. Iradiere ultravioletă a sângelui
D. Dezintoxicare
E. Administrare de imuno-modulatori

88. CS. Care dintre situațiile enumerate aici servesc ca indicație pentru laparotomia de urgență?
A. Difuziunea masei baritate în cavitatea peritoneală cu ocazia unui examen radiologic
B. Peritonita tuberculoasă
C. Peritonita candidozică
D. Peritonita granulomatoasă iatrogenă
E. Nici una din cele enumerate mai sus

89. CS. Intervenția chirurgicală în peritonitele aseptice:
A. Este contraindicată
B. Nu are sens, dacă intensitatea manifestărilor locoregionale s-a atenuat după perioada de debut a peritonitei
C. Este necesară, dacă sursa de peritonită se află în raport cu tractul gastrointestinal
D. Se practică doar în caz de infecție secundară coasociată
E. Este obligatorie în orice caz

90. CS. Tratamentul conservator în peritonite este permis în:
A. Perforarea de organ cavitar abdominal
B. Apendicită flegmonoasă
C. Pelvioperitonită gonococică

D. Abces al fundului de sac Douglas
E. Toate cele enumerate mai sus

91. CS. Metoda de elecție în tratamentul abcesului subdiafragmatic este:
A. Tratamentul conservator
B. Deschiderea extraperitoneală și drenarea
C. Laparotomia, deschiderea și tamponarea cavității
D. Puncția cu ac gros sub control echografic
E. Toate cele enumerate mai sus

92. CM. Tehnica drenajului transcutanat în abcesele intraabdominale include următoarele etape:
A. Precizarea localizării abcesului, utilizându-se examenul radiologic, ecografic, tomografic
B. Puncția cu ac subțire, având pe interior un cateter de tiflon, sub control ecografic, tomografic
C. Puncția cu ajutorul trocarului și drenarea cu cateter de silicon
D. Determinarea dimensiunilor și formei cavității cu substanță de contrast, folosind cateterul montat
E. Montarea unui sistem de lavaj adecvat al cavității abcesului

93. CS. Lavajul cavității abdominale este contraindicat în:
A. Peritonita fibro-purulentă difuză
B. Peritonita stercorală
C. Peritonita din ruptură traumatică a intestinului subțire
D. Peritonita din perforația ulcerului gastric
E. Peritonita locală din apendicita flegmonoasă

94. CS. Exsudatul hemoragic se depistează în următoarele cazuri, exceptând:
A. Peritonita tuberculoasă
B. Sarcina extrauterină întreruptă
C. Tromboza mezenterială

D. Pancreatita acută
E. Pedicul de ovar torsionat

95. CM. Peritonita terțiară evoluează:
A. Fără manifestări clinice pronunțate
B. Cu scăderea imunității organismului
C. Cu predominarea microflorei polirezistente oportuniste, micozelor
D. Coincide cu debutul manifestării insuficienței poliorganice
E. Coincide cu prezența acumulărilor sero-fibrinoase, fibrino-purulente

96. CS. Tamponarea locală a cavității abdominale în peritonită este indicată în:
A. Imposibilitatea extirpării complete a țesuturilor necrotice și sursei peritonitei
B. Riscul de dezvoltare a hemoragiei erozive
C. Hemostază insuficientă
D. Toate cele enumerate mai sus
E. Nici unul din cele enumerate mai sus

97. CM. Indicațiile absolute pentru decompresiunea intestinului subțire în peritonita difuză sunt:
A. Paralizia intestinului cu creșterea permeabilității și un diametru de peste 5 cm
B. Peritonita difuză fibrino-purulentă și purulentă în faza toxică de evoluție
C. Aderențe extinse ale cavității abdominale
D. Leziuni multiple ale intestinului subțire și organelor parenchimatoase, intervenții de închidere a fistulelor
E. Peritonită cu flegmon extins retroperitoneal

98. CM. Efectele principale obținute prin drenarea intestinului subțire sunt:
A. Decompresiunea

B. Decompresiunea-dezintoxicare
C. Profilactică
D. De carcasă
E. Ameliorează funcția sistemului cardiovascular

99. CS. În diagnosticul diferențial al peritonitelor se utilizează:
A. Colonoscopia de urgență
B. Examenul radiologic cu tranzit baritat
C. Celiacografia
D. Laparoscopia
E. Toate cele enumerate mai sus

100. CS. În tratamentul peritonitelor difuze o eficiență maximă au:
A. Asocierile de antibiotice cu preparate de Metronidazol
B. Utilizarea timp îndelungat a antibioticelor cu spectru larg
C. Utilizarea locală a preparatelor semisintetice din clasa penicilinelor
D. Utilizarea locală de cefalosporine
E. Utilizarea locală a preparatelor sulfanilamidice

101. CS. În decompresiunea tractului gastrointestinal în peritonite o eficiență maximă are:
A. Introducerea de sol. Novocainã 0,25% în rădăcina mezoului
B. Utilizarea de preparate anticolinesterazice
C. Intubarea nazo-intestinală
D. Jejunostomia
E. Enterosorbția

102. CS. În ocluzia intestinală semne de dezvoltare a peritonitei sunt:
A. Edemul peritoneului parietal şi visceral
B. Apariția exsudatului
C. Depunerile de fibrină pe seroasa intestinală şi peritoneu
D. Balonarea anselor intestinale
E. Diafragm sus situat

103. CM. Restabilirea peristaltismului intestinal în perioada imediat postoperatorie include:
A. Perfuzie intravenoasă cu soluție Labori
B. Electrostimulare externă a tractului intestinal
C. Administrare de Cerucal, Prozerin, Ubretid şi clisme hipertonice repetate
D. Anestezie peridurală timp de 2–3 zile
E. Decompresiune intestinală

104. CM. Indicații pentru utilizarea metodei relaparotomiilor programate sunt:
A. Indicii clinico-paraclinici progresivi ai intoxicației endogene
B. Eventrația postoperatorie sau flegmonul peretelui abdominal anterior
C. Fistule intestinale formate în plaga eventrată
D. Peritonita anaerobă
E. Imposibilitatea eradicării sursei de peritonită în relaparotomie

105. CM. Metode de sanare prelungită a cavității abdominale în peritonitele difuze sunt:
A. Lavajul peritoneal fracționat
B. Lavajul peritoneal aspirativ
C. Relaparotomiile programate
D. Laparostomia
E. Laparotomia şi tamponarea sursei peritonitei

106. CM. În patogenia insuficienței multiple de organe din peritonita purulentă, insuficiența enterală se manifestă prin:
A. Pareză intestinală
B. Deteriorarea funcției de absorbție şi barieră a intestinului subțire
C. Dereglarea proceselor de digestie
D. Translocație bacteriană intestinală
E. Nefropatie intestinală

107. CS. Trecerea peritonitei în faza (stadiul) a doua este însoțită de:
A. Tahicardie progresiv sporită
B. Diminuarea intensității durerii
C. Diminuarea contracturii musculaturii abdominale
D. Oligurie
E. Toate cele enumerate mai sus

108. CS. Semne de peritonită terminală sunt:
A. Adinamia
B. Faciesul hipocratic
C. Scăderea tensiunii arteriale
D. Tahicardia
E. Toate cele enumerate mai sus

109. CS. Normo- şi bradicardia se depistează în peritonita de următoarea etiologie:
A. Peritonita din ulcerul gastric perforat în stadiul de şoc
B. Peritonita din faza terminală a obstrucției intestinale
C. În pelvioperitonită
D. În peritonita tuberculoasă
E. Nici în una din cele enumerate mai sus

110. CS. Cea mai frecventă complicație în peritonite este:
A. Eventrația
B. Formarea fistulelor intestinale
C. Tromboembolia arterei pulmonare
D. Formarea abceselor cavității abdominale
E. Pneumonia

111. CS. Convulsiile în peritonite sunt semn de:
A. Hipersimpaticotonia SNC
B. Afectare toxică a creierului
C. Afectare toxică a măduvei spinării
D. Deshidratare şi dezechilibru electrolitic

E. Capilarotoxicitate

112. CS. Fundamental în tratamentul peritonitelor este:
A. Intervenția chirurgicală
B. Tratamentul de dezintoxicare
C. Antibioterapia rațională
D. Combaterea parezei intestinale
E. Blocajul novocainic al mezoului intestinului subțire

113. CS. Avantajele metodei de tratament deschis (laparostomă) în peritonite sunt:
A. Posibilitatea evidențierii obiective şi complete a procesului patologic în orice moment
B. Depistarea la timp a complicațiilor
C. Controlul adecvat al eficacității tratamentului
D. Depăşirea barierei psihologice
E. Toate cele enumerate mai sus

114. CM. Alegerea preparatelor şi tacticii medico-chirurgicale la pacienții cu peritonită se face separat, în funcție de statutul funcțional al organismului, apreciat după punctajul următorului scor:
A. SAPS
B. Monnheim
C. Apache III
D. Ranson
E. Toate cele enumerate mai sus

115. CM. Formele de evoluție atipică a peritonitei acute difuze sunt:
A. Supraacută, fulminantă sau peritonita septicemică Mikulich
B. Forma astenică Broc, cu evoluție trenantă, tablou clinic şters
C. Peritonita tuberculoasă
D. Peritonita fibroblastică
E. Toate cele enumerate mai sus

1 C; 2 C; 3 D; 4 E; 5 ABDE; 6 ABDE; 7 ABCD; 8 ABCD; 9 ABC; 10 ABCD; 11 ABC; 12 ABCD; 13 ABCD; 14 ABCD; 15 ABCD; 16 ABCD; 17 ABCD; 18 ABCD; 19 A; 20 A; 21 A; 22 B; 23 B; 24 D; 25 B; 26 D; 27 B; 28 B; 29 D; 30 A; 31 E; 32 E; 33 D; 34 D; 35 BCD; 36 ACDE; 37 AD; 38 C; 39 ABDE; 40 AD; 41 ABCD; 42 ABCD; 43 D; 44 ABCD; 45 A; 46 C; 47 ABDE; 48 BCD; 49 C; 50 E; 51 A; 52 B; 53 C; 54 A; 55 B; 56 ABCD; 57 AB; 58 BCDE; 59 D; 60; 61 ABC; 62 CDE; 63 BC; 64 C; 65 A; 66 C; 67 A; 68 C; 69 A; 70 A; 71 D; 72 BD; 73 E; 74 A; 75 A; 76 E; 77 E; 78 B; 79 ABCD; 80 D; 81 ABCD; 82 ABC; 83 ABCD; 84 ABCD; 85 E; 86 CE; 87 A; 88 A; 89 E; 90 C; 91 D; 92 ABDE; 93 E; 94 A; 95 ABCDE; 96 D; 97 ABCDE; 98 ABCD; 99 D; 100 A; 101 C; 102 C; 103 ABCD; 104 ABCDE; 105, ABCD; 106 ABCD; 107 E; 108 E; 109 A; 110 D; 111 D; 112 A; 113 E; 114 ABC; 115 AB.

4.27. TRAUMATISMUL TORACIC

1. CS. Ce semne sunt caracteristice compresiunii toracice între două tampoane sau între un vehicul şi un zid?
   A. Revărsare punctiformă de sânge sub piele – "mască echimotică"
   B. Oligurie, anurie
   C. Creşterea tensiunii arteriale, bradicardie
   D. Hemoragii conjunctivale, tulburări de vedere
   E. Murmur vezicular absent

2. CS. Ce înţelegem prin volet costal?
   A. Fractură a mai multor coaste
   B. Fractură în două sau mai multe puncte distanţate între ele, a mai multor coaste succesive şi formarea unui platou, care pierde legătura cu restul grilajului costal
   C. Formarea unui platou intim legat de restul grilajului costal
   D. Traumatism toracic însoţit de insuficienţă respiratorie acută
   E. Este o formă de pneumotorax

3. CS. Cauza respiraţiei paradoxale poate fi:
   A. Suferinţa centrilor respiratori superiori
   B. Paralizia muşchilor respiratori
   C. Voletul costal
   D. Rarefierea aerului atmosferic
   E. Scăderea debitului cardiac

4. CM. Respiraţia paradoxală se manifestă prin:
   A. Respiraţie neregulată şi îngreunată din cauza voletului costal
   B. În timpul inspirului, voletul costal este atras în interior, colabând plămânul
   C. Inspiraţie – pauză, expiraţie – pauză
   D. În expir, voletul e împins în afară de presiunea pozitivă
   E. Parenchimul pulmonar subiacent voletului este hipoventilat

1 C; 2 C; 3 D; 4 E; 5 ABDE; 6 ABDE; 7 ABCD; 8 ABCD; 9 ABC; 10 ABCD; 11 ABC; 12 ABCD; 13 ABCD; 14 ABCD; 15 ABCD; 16 ABCD; 17 ABCD; 18 ABCD; 19 A; 20 A; 21 A; 22 B; 23 B; 24 D; 25 B; 26 D; 27 B; 28 B; 29 D; 30 A; 31 E; 32 E; 33 D; 34 D; 35 BCD; 36 ACDE; 37 AD; 38 C; 39 ABDE; 40 AD; 41 ABCD; 42 ABCD; 43 D; 44 ABCD; 45 A; 46 C; 47 ABDE; 48 BCD; 49 C; 50 E; 51 A; 52 B; 53 C; 54 A; 55 B; 56 ABCD; 57 AB; 58 BCDE; 59 D; 60; 61 ABC; 62 CDE; 63 BC; 64 C; 65 A; 66 C; 67 A; 68 C; 69 A; 70 A; 71 D; 72 BD; 73 E; 74 A; 75 A; 76 E; 77 E; 78 B; 79 ABCD; 80 D; 81 ABCD; 82 ABC; 83 ABCD; 84 ABCD; 85 E; 86 CE; 87 A; 88 A; 89 E; 90 C; 91 D; 92 ABDE; 93 E; 94 A; 95 ABCDE; 96 D; 97 ABCDE; 98 ABCD; 99 D; 100 A; 101 C; 102 C; 103 ABCD; 104 ABCDE; 105, ABCD; 106 ABCD; 107 E; 108 E; 109 A; 110 D; 111 D; 112 A; 113 E; 114 ABC; 115 AB.

4.27. TRAUMATISMUL TORACIC

1. CS. Ce semne sunt caracteristice compresiunii toracice între două tampoane sau între un vehicul şi un zid?
   A. Revărsare punctiformă de sânge sub piele – "mască echimotică"
   B. Oligurie, anurie
   C. Creşterea tensiunii arteriale, bradicardie
   D. Hemoragii conjunctivale, tulburări de vedere
   E. Murmur vezicular absent

2. CS. Ce înţelegem prin volet costal?
   A. Fractură a mai multor coaste
   B. Fractură în două sau mai multe puncte distanţate între ele, a mai multor coaste succesive şi formarea unui platou, care pierde legătura cu restul grilajului costal
   C. Formarea unui platou intim legat de restul grilajului costal
   D. Traumatism toracic însoţit de insuficienţă respiratorie acută
   E. Este o formă de pneumotorax

3. CS. Cauza respiraţiei paradoxale poate fi:
   A. Suferinţa centrilor respiratori superiori
   B. Paralizia muşchilor respiratori
   C. Voletul costal
   D. Rarefierea aerului atmosferic
   E. Scăderea debitului cardiac

4. CM. Respiraţia paradoxală se manifestă prin:
   A. Respiraţie neregulată şi îngreunată din cauza voletului costal
   B. În timpul inspirului, voletul costal este atras în interior, colabând plămânul
   C. Inspiraţie – pauză, expiraţie – pauză
   D. În expir, voletul e împins în afară de presiunea pozitivă
   E. Parenchimul pulmonar subiacent voletului este hipoventilat

5. CS. Ce măsuri urgente trebuie luate în caz de pneumotorax deschis?
   A. Accidentatul trebuie transportat la spital
   B. Obturația plăgii toracice parietale printr-un pansament ocluziv
   C. Oxigenoterapie
   D. Respirație artificială
   E. Aspirație pleurală

6. CM. Care din fenomenele de mai jos sunt prezente într-un hemotorax masiv?
   A. Paloarea tegumentelor şi mucoaselor
   B. Dispnee intensă, cianoză marcată
   C. Hipersonoritate pulmonară, suflu pleural
   D. Matitate, dispariția murmurului vezicular
   E. Bradicardie

7. CM. Tratamentul hemotoraxului masiv include:
   A. Transfuzie masivă de sânge
   B. Pleurotomie cu drenaj aspirativ
   C. Respirație artificială şi reechilibrare volemică
   D. Toracotomie şi realizarea hemostazei chirurgicale
   E. Simplă observare

8. CM. Tratamentul voletului costal în spital constă în:
   A. Pansament compresiv, împiedicând respirația paradoxală
   B. Osteosinteză
   C. Tracțiuni ale voletului spre poziția normală a coastelor, cu ajutorul diverselor aparate
   D. Susținând respirația şi circulația, urmărind bolnavul, voletul se va vindeca prin producerea de calus osos al tuturor coastelor fracturate
   E. Toracostomie cu un tub de dren

9. CS. Care este conduita terapeutică în cazul traumatismelor toracice închise, când avem dubii privind leziunea unor organe parenchimatoase intraabdominale?
   A. Ținem bolnavul sub observare
   B. Combatem durerea, administrând morfină, mialgin
   C. Efectuăm o intervenție chirurgicală exploratorie
   D. Aspirație gastrică
   E. Laparocenteză, laparoscopie

10. CM. Hemotoraxul:
   A. Este decelabil radiologic doar dacă depăşeşte 500 ml
   B. Se caracterizează prin sindromul de compresiune pleuropulmonară
   C. Se diagnostichează clinic prin hipersonoritate toracică la percuție
   D. Se tratează prin toracotomie de urgență, dacă depăşeşte 100 ml
   E. Reprezintă acumularea de sânge în cavitatea toracică

11. CM. Fracturile costale:
   A. Pot fi produse prin mecanism direct, care determină hiperextensia coastei
   B. Apar cel mai des la copii
   C. Pot fi unice sau multiple
   D. Pot fi produse prin mecanism indirect, care determină hiperextensia coastei
   E. Pot fi produse prin mecanism direct, care determină hiperflexia coastei

12. CM. Caracteristic pentru pneumotoraxul posttraumatic este:
   A. Poate fi secundar fracturilor costale
   B. Se asociază frecvent cu hemotoraxul
   C. Poate fi închis, deschis şi sufocant
   D. Radiologic se constată revărsatul pulmonar
   E. Poate fi simptomatic, asimptomatic şi curativ

13. CM. Indicațiile de urgență ale toracotomiei sunt:
A. Aritmiile cardiace în traumatisme
B. Fistula arterio-venoasă traumatică
C. Hemotoraxul masiv
D. Leziunea diafragmatică
E. Pneumotoraxul închis

14. CM. Leziunile traumatice ale diafragmului se caracterizează astfel:
A. Nu au nici un ecou asupra stării generale
B. Pot fi produse prin mecanism penetrant
C. Au o simptomatologie ce se modifică în raport cu postura
D. Necesită un tratament chirurgical obligatoriu
E. Sunt însoțite de sindrom ocluziv, hemoragic și respirator

15. CM. Care din cele expuse mai jos caracterizează voletul costal?
A. Apare în urma fracturilor costale simple
B. Este frecvent la copii
C. Induce respirația paradoxală
D. Reprezintă un bloc costal mobil în timpul respirației, independent de restul cutiei toracice
E. Determină apariția imediată a insuficienței renale acute ce impune dializă de urgență

16. CM. Voletul costal produce următoarele modificări patologice ale mecanicii ventilatorii:
A. Respirație paradoxală
B. Hipoventilație
C. Ventilația nu este compromisă
D. Hiperventilație
E. Echilibru mediastinal

17. CM. Sursa hemotoraxului poate fi:
A. Parenchimul pulmonar
B. Artera humerală

C. Arterele intercostale
D. Arterele tiroidiene superioare
E. Cordul și vasele mari

18. CM. Tratamentul voletului costal beneficiază de următoarele metode:
A. Toracostomie cu tub de dren a cavității toracice
B. Fixator extern
C. Imobilizare cu aparat gipsat
D. Stabilizare internă prin ventilație mecanică cu presiune pozitivă
E. Simplă observație

19. CS. Examenul clinic în pneumotorax relevă, exceptând:
A. Dispneea
B. Cianoza
C. Hipersonoritatea la percuție
D. Matitatea la percuție
E. Absența murmurului vezicular

20. CM. Pneumotoraxul conduce la:
A. Sindrom de compresiune intrapleurală
B. Deplasare mediastinală
C. Hemotorax mărit
D. Afectarea ventilației plămânului sănătos
E. Afectarea peristalticii intestinale

21. CM. Leziunile traumatice ale diafragmului:
A. Pot apărea în cazul plăgilor penetrante toracice
B. Au incidență de 0,5–2% în cadrul politraumatismelor
C. Nu afectează activitatea cordului
D. Pot apărea hernieri ale organelor intraabdominale în torace
E. Se vindecă doar prin tratament medicamentos

22. CM. Masca echimotică Morestin:
A. Apare în sindromul de venă cavă inferioară
B. Se datorează unei creşteri de presiune în sistemul venos cav superior
C. Este însoţită de hemoragie sclero-corneeană
D. Apare în traumatismele toracice deschise
E. Este consecinţa compresiunii traumatice a toracelui între două tampoane

23. CM. Indicaţiile toracotomiei de urgenţă în hemotoraxul post-traumatic sunt:
A. Acumularea a 300 ml sânge în cavitatea pleurală
B. Hemotoraxul masiv (peste 1000 ml)
C. Hemoragia pe tubul de dren de 200 ml/oră timp de 3 ore
D. Prezenţa fracturilor costale multiple
E. Apariţia fibrotoraxului

24. CS. Viscerul cel mai frecvent herniat printr-o ruptură a hemidiafragmului stâng este:
A. Splina
B. Colonul
C. Ficatul
D. Stomacul
E. Rinichiul

25. CS. Tratamentul fracturilor costale simple include:
A. Imobilizarea prin bandaj toracic
B. Combaterea durerii cu antalgice şi blocadă intercostală
C. Toracotomia
D. Sutura cu fire metalice
E. Fixatorul extern

26. CS. Prima măsură de urgenţă în pneumotoraxul sufocant este:
A. Intubaţia oro-traheală

B. Se introduce un ac gros în spaţiul III–IV intercostal pe linia medio-claviculară
C. Se execută o pleurostomie în spaţiul V intercostal pe linia medio-axilară
D. Se execută o pleurostomie în spaţiul V intercostal pe linia axilară posterioară
E. Se aplică un pulsoximetru pentru a verifica oxigenarea bolnavului

27. CS. Modalităţile de tratament ale pneumotoraxului iatrogen includ, exceptând:
A. Simpla observare
B. Suplimentarea aportului de oxigen
C. Aspiraţia
D. Suturarea pleurei
E. Toracotomia

28. CM. În legătură cu pneumotoraxul traumatic sunt adevărate următoarele afirmaţii:
A. Este secundar traumatismelor penetrante
B. Este secundar traumatismelor abdominale
C. Toracostomia cu tub de dren reprezintă a doua linie terapeutică
D. În caz de pneumotorax, se va monta un tub de dren în partea superioară a hemitoracelui respectiv
E. În caz de hemo-pneumotorax, se va monta un tub de dren în partea inferioară a hemitoracelui respectiv

29. CM. Pneumotoraxul în tensiune:
A. Este secundar traumatismelor abdominale
B. Apare, de obicei, la manevrele de resuscitare
C. Este o formă gravă a pneumotoraxului, dar nu poate ameninţa viaţa pacientului
D. Ventilaţia este compromisă moderat
E. Presiunea pozitivă se transmite mediastinului

30. CM. Efectele presiunii pozitive din pneumotorax în tensiune, la nivel cardio-circulator, constau în:
A. Scăderea întoarcerii venoase la inimă
B. Creşterea întoarcerii venoase la inimă
C. Tahicardie
D. Scăderea debitului cardiac
E. Bradicardie

31. CM. Diagnosticul pozitiv de pneumotorax în tensiune se face pe baza examenului fizic al pacientului, care evidenţiază:
A. Murmur vezicular prezent doar la baze
B. Murmur vezicular absent în hemitoracele afectat
C. Hemitorace mărit
D. Împingerea mediastinului către partea opusă
E. Matitate de partea opusă

32. CM. În legătură cu evoluţia pneumotoraxului în tensiune, nu este adevărat că:
A. Pneumotoraxul compresiv trebuie tratat ca o urgenţă medicală
B. Pacientul poate deceda prin scăderea debitului cardiac şi prin hipoxemie avansată
C. Se introduce un ac gros în spaţiul pleural prin spaţiul intercostal IV posterior
D. Dacă pe ac iese o cantitate mare de aer după puncţie, diagnosticul nu este confirmat
E. Acul trebuie lăsat pe loc până la inserţia unui tub de toracostomie

33. CS. Pentru o plagă toracică penetrantă izolată externă nu este caracteristic:
A. Pneumoperitoneumul
B. Hemotoraxul
C. Hemopericardul
D. Pneumotoraxul deschis extern

E. Pneumotoraxul sufocant extern

34. CS. Pentru un pneumotorax în tensiune este caracteristic:
A. Emfizemul ţesuturilor moi ale plăgii
B. Flotajul mediastinului
C. Compresiunea plămânului din partea opusă
D. Împingerea mediastinului către plămânul colabat
E. Împingerea mediastinului către partea opusă

35. CS. Pentru un pneumotorax deschis este caracteristic:
A. Colabarea plămânului din partea leziunii
B. Colabarea plămânului din partea lezată
C. Flotajul mediastinului
D. Împingerea mediastinului către partea leziunii
E. Împingerea mediastinului către partea opusă

36. CS. Mediastinul în pneumotoraxul deschis, în inspir, se împinge:
A. Către partea leziunii
B. Către partea opusă

37. CS. Mediastinul în pneumotoraxul deschis în expir se împinge:
A. Către partea leziunii
B. Către partea opusă

38. CS. În pneumotoraxul deschis participă în actul respirator:
A. Ambii plămâni
B. Plămânul din partea leziunii
C. Plămânul din partea opusă

39. CS. Plămânul din partea leziunii în pneumotoraxul deschis în inspir:
A. Se colabează
B. Nu se colabează

40. CS. Plămânul din partea leziunii în pneumotoraxul deschis în expir:
A. Se colabează
B. Nu se colabează

41. CS. Asistența medicală primară în caz de pneumotorax deschis constă în:
A. Tub de dren în cavitatea pleurală
B. Obturarea plăgii printr-un pansament ocluziv
C. Aplicarea corsetului gipsat
D. Introducerea unui ac gros în spațiul III intercostal pe linia axilară medie
E. Pleurostomie

42. CS. Asistența medicală primară în caz de pneumotorax în tensiune externă constă în:
A. Ventilație artificială
B. Pansament ocluziv cu aspirație activă de aer
C. Pansament ocluziv și dren permanent
D. Puncție pleurală
E. Puncția pericardului

43. CM. Imediat după producerea unui traumatism toracic închis, accidentatul poate prezenta:
A. Contuzie toracică cu leziuni parietale
B. Insuficiență respiratorie acută
C. Rupturi ale organelor intratoracice
D. Pneumotorax cu supapă
E. Rupturi ale organelor parenchimatoase

44. CM. Leziunile parietale toracice pot fi:
A. Echimoze, hematoame subcutanate
B. Rupturi de coaste
C. Rupturi de ficat, splină

D. Rupturi musculare
E. Rupturi ale vaselor mari intratoracice

45. CM. Cum se produce hemoragia „în doi timpi", apărută drept consecință a traumatismului toracoabdominal?
A. Hemoragie intra- sau subcapsulară în primul timp
B. Ruperea capsulei organului respectiv de la început
C. Ruperea capsulei prin creșterea presiunii sângerării intraparenchimatoase
D. Ruperea explozivă a organelor parenchimatoase în urma traumatismului
E. Hemoragie prin rupturi vasculare

46. CM. La un bolnav cu traumatism toracic, ținut sub observare și care dezvoltă un sindrom hemoragic, vom identifica următoarele semne:
A. Puls din ce în ce mai accelerat, prăbușirea TA
B. Hemitorace mărit
C. Hipoxemie avansată
D. Puncția pleurală extrage sânge
E. Hipersonoritate la percuție din partea afectată

47. CS. Simptomul Hamman este specific pentru lezarea traumatică a mediastinului și înseamnă:
A. Murmur vezicular absent
B. Murmur vezicular prezent doar la baze
C. Crepitație la auscultația toracelui
D. Împingerea mediastinului în anterior
E. Scăderea debitului cardiac

48. CM. Caracteristic pentru traumatismul penetrant al traheii și bronhiilor este:
A. Emfizemul subcutanat
B. Dispneea

C. Hemitoracele mărit
D. Scăderea debitului cardiac
E. Hemoptizia

49. CS. Caracteristic pentru pneumotoraxul în tensiune este:
A. Hipotensiunea
B. Pulmonul „mut"
C. Distensia venelor jugulare
D. Emfizemul subcutanat
E. Hemoptizia

50. CS. Simptomul „hopa-mitică" apare în traumatismul toracoabdominal cu lezarea:
A. Stomacului
B. Ficatului
C. Pancreasului
D. Splinei
E. Jejunului

***Răspunsuri corecte.* Traumatismul toracic**

1 A; 2 B; 3 C; 4 BD; 5 B; 6 ABD; 7 ABD; 8 BC; 9 E; 10 ABE; 11 AC; 12 ABCE; 13 CD; 14 BCDE; 15 CD; 16 ABE; 17 AC; 18 BD; 19 D; 20 ABC; 21 ABD; 22 BCE; 23 BC; 24 D; 25 B; 26 B; 27 D; 28 ADE; 29 BE; 30 AD; 31 BCD; 32 CD; 33 A; 34 E; 35 C; 36 B; 37 A; 38 A; 39 A; 40 B; 41 B; 42 B; 43 ABCE; 44 ABD; 45 AC; 46 ABCD; 47 C; 48 ABC; 49 ABC; 50 D.

4.28. TRAUMATISMUL ABDOMINAL

1. CS. Perforațiile organelor cavitare cu acul prezintă pericol:
A. La senili
B. Când sunt acoperite cu fibrină
C. Când sunt localizate pe marginea antimezenterică a intestinului
D. În caz de pareză intestinală

2. CS. Durerile abdominale sunt caracteristice pentru:
A. Sindromul hemoragiei intraperitoneale
B. Sindromul iritației peritoneale
C. Ambele cazuri
D. Nici unul din cazuri

3. CS. Paloarea tegumentelor, respirația superficială accelerată, hipotonia, durerile abdominale sunt caracteristice pentru:
A. Sindromul hemoragiei intraperitoneale
B. Sindromul iritației peritoneale
C. Ambele cazuri
D. Nici unul din cazuri

4. CS. Durerea provocată de tușeul rectal este caracteristică pentru:
A. Sindromul hemoragiei intraperitoneale
B. Sindromul iritației peritoneale
C. Ambele cazuri
D. Nici unul din cazuri

5. CS. Durerea provocată de palparea abdomenului, semnele de iritație peritoneală fără rigiditate musculară sunt caracteristice pentru:
A. Sindromul hemoragiei intraperitoneale
B. Sindromul iritației peritoneale
C. Ambele cazuri
D. Nici unul din cazuri

6. CM. Durerea provocată şi apărarea musculară sunt minime sau absente în:
   A. Leziunile retroperitoneale ale duodenului
   B. Leziunile retroperitoneale ale colonului
   C. Leziunile pancreasului
   D. Leziunile ileonului în proximitatea unghiului ileocecal

7. CS. Simptomul Kulencampf este caracteristic pentru:
   A. Leziunile veziculei biliare
   B. Rupturile stomacului
   C. Hematomul retroperitoneal
   D. Hemoragia intraperitoneală

8. CM. Care sunt investigaţiile prioritare în diagnosticul leziunilor organelor parenchimatoase?
   A. Radiografia de ansamblu a abdomenului
   B. Angiografia selectivă
   C. Urografia intravenoasă
   D. Tomografia computerizată

9. CM. Examenul radiologic este indispensabil în diagnosticul leziunilor:
   A. Organelor cavitare
   B. Organelor parenchimatoase
   C. Sistemului urogenital
   D. Vaselor magistrale introabdominale

10. CS. În majoritatea traumelor cranio-cerebrale, mortalitatea precoce este condiţionată de:
    A. Embolia gazoasă
    B. Embolia lipidică
    C. Fracturile oaselor craniului
    D. Hemoragia intracraniană cu compresiunea formaţiunilor creierului

11. CM. Un traumatizat a fost spitalizat, la 25 minute după accidentul rutier, cu semne clinice de hemoragie internă. Care sunt metodele elective de diagnostic în identificarea sursei hemoragiei?
    A. Radiografia de ansamblu a toracelui
    B. Radiografia pelviană
    C. Puncţia cu lavaj peritoneal
    D. Aortografia

12. CM. Metodele diagnostice neinvazive utile în contuziile abdominale sunt:
    A. Radiografia de ansamblu a cavităţii abdominale
    B. Pasajul masei baritate pe tractul digestiv
    C. Scintigrafia tractului digestiv
    D. Examenul ecografic al cavităţii abdominale
    E. Tomografia computerizată

13. CS. În cazul traumatismului abdominal închis, preoperator, se apelează la o serie de mijloace curative standard, exceptând:
    A. Cateterismul v.subclavia
    B. Intubaţia nazo-gastrică şi cateterizarea vezicii urinare
    C. Radiografia toracelui şi urografia intravenoasă
    D. Analiza generală a sângelui şi urinei
    E. Vitaminoterapia

14. CS. Complicaţia mai puţin verosimilă după operaţiile pentru leziuni gastrice este:
    A. Hemoragia
    B. Etanşeitatea suturilor
    C. Abcesul intraperitoneal
    D. Tulburarea funcţiei evacuatorii a stomacului
    E. Supuraţia plăgii postoperatorii

15. CS. Diagnosticul traumatismelor duodenale este dificil din cauza:
    A. Reacţiei alcaline a conţinutului intestinal

B. Scunditații microflorei intestinale la acest nivel
C. Prezenței bilei în conținutul duodenal
D. Localizării topografice a leziunilor

16. CM. Care sunt semnele caracteristice pentru lezarea extraperitoneală a rectului?
A. Hemoperitoneumul
B. Rectoragia
C. Peritonita generalizată
D. Febra
E. Celulita pelviană

17. CS. Ce organ cavitar este mai frecvent afectat în traumatismele abdominale?
A. Vezica urinară
B. Stomacul
C. Intestinul subțire
D. Colonul
E. Rectul

18. CS. Cea mai frecventă consecință a unei leziuni traumatice a pancreasului este:
A. Hematomul retroperitoneal
B. Hemoperitoneumul
C. Pancreatita acută
D. Pseudochistul pancreatic
E. Peritonita generalizată

19. CS. Lezarea arterei hipogastrice se tratează chirurgical prin:
A. Sutură
B. Protezare
C. Compresiune
D. Plombare
E. Plastie

20. CM. Lezarea splinei este posibilă în cursul intervențiilor chirurgicale pe următoarele organe:
A. Pancreas
B. Ficat
C. Stomac
D. Colon
E. Esofag

21. CM. Splenectomia este indicată în următoarele cazuri:
A. Leziuni vasculare în hilul lienal
B. Hematom subcapsular minor
C. Rupturi multiple şi profunde ale splinei
D. Ruptură până la 1 cm a parenchimului
E. Hemoragie continuă din splină

22. CS. Hematomul subcapsular al splinei poate evolua spre:
A. Resorbție
B. Hemoperitoneum
C. Ruptură capsulară
D. Pseudochist lienal
E. Toate răspunsurile sunt corecte

23. CS. Rezecția intestinului subțire este indicată în toate cazurile enumerate mai jos, exceptând:
A. Plăgile multiple învecinate
B. Plăgile longitudinale extinse
C. Contuziile de până la 1 cm lunghime
D. Rupturile multiple cu necroza marginilor
E. Rupturile mezenterului cu tulburări circulatorii în peretele intestinal

24. CS. Ruptura pancreasului cu secționarea canalului Wirsung cel mai cert poate fi diagnosticată prin:
A. Scintigrafie

B. Ultrasonografie
C. Tomografie computerizată
D. Colangiopancreatografie retrogradă
E. Dozarea amilazei în urină

25. CS. În ce leziuni pancreatice cu secționarea canalului Wirsung este indicată rezecția distală a pancreasului?
A. Cefalice
B. Corporale
C. Corporo-caudale
D. Situate pe dreapta de vasele mezenterice superioare
E. Caudale

26. CM. În diagnosticul rupturilor retroperitoneale ale duodenului sunt utile următoarele metode:
A. Dozarea amilazei în serul sanguin
B. Radiografia abdominală pe gol
C. Radiografia cu substanțe de contrast hidrosolubile
D. Puncția-lavaj peritoneal

27. CM. În cazul leziunilor colonului este obligatorie revizia:
A. Ficatului
B. Splinei
C. Duodenului
D. Vaselor de calibru
E. Pancreasului

28. CS. În leziunile duodenului mai frecvent se apelează la:
A. Revivifierea marginilor plăgii și închiderea defectului cu suturi în 2 planuri
B. Repararea defectului duodenal, închiderea pilorului cu suturi manuale sau mecanice, gastroenteroanastomoză
C. Rezecția duodenului cu anastomoză termino-terminală

D. Rezecția duodenului cu închiderea ambelor capete, gastroenteroanastomoză
E. Rezecția duodenului cu închiderea capătului periferic, duodenojejunostomie

29. CS. Cea mai frecventă complicație după intervențiile chirurgicale pentru traumatisme duodenale este:
A. Pancreatita acută
B. Abcesul intraabdominal
C. Peritonita difuză
D. Fistula duodenală
E. Ocluzia intestinală

30. CS. Care din următoarele acțiuni curative după operațiile pe duoden previne în mare măsură formarea fistulei duodenale?
A. Reechilibrarea hidro-electrolitică
B. Decompresiunea intestinului
C. Drenajul cavității abdominale
D. Antibioterapia
E. Nutriția parenterală

31. CS. Rezecția intestinului subțire este indicată în toate cazurile enumerate mai jos, exceptând:
A. Contuzia de până la 1 cm în diametru
B. Plăgile multiple învecinate
C. Plăgile produse de gloanțe
D. Plăgile longitudinale extinse
E. Rupturile mezenterului cu tulburări de circulație în peretele intestinal

32. CS. În cazul leziunilor intestinului subțire, drept indicație pentru aplicarea enterostomiei servesc:
A. Plăgile produse de schije
B. Rupturile produse de contuziile abdominale

C. Plăgile asociate ale intestinului şi căilor biliare extrahepatice
D. Dezinserţia mezoului pe o lungime mai mare de 10 cm
E. Leziunile în condiţii de peritonită

33. CM. Principiile obligatorii de conduită a bolnavilor după operaţiile pentru leziuni traumatice ale intestinului subţire sunt:
A. Decompresiunea nazo-gastrică
B. Ventilaţia asistată îndelungată
C. Antibioterapia complexă
D. Nutriţia parenterală
E. Reechilibrarea hidro-electrolitică

34. CS. Dintre toate leziunile colonului enumerate mai jos, nu necesită montarea colostomei de decompresiune:
A. Leziunile cu distrucţie tisulară limitată şi contaminarea minimă a peritoneului
B. Plăgile produse prin armă de foc şi proiectile superaccelerate
C. Plăgile multiple ale hemicolonului drept
D. Plăgile învechite, cu termen depăşit
E. Plăgile colonului, asociate cu alte leziuni abdominale

35. CS. Pentru prevenirea complicaţiilor postoperatorii septice în traumatismele rectului cea mai eficientă măsură curativă este:
A. Colostoma proximală
B. Lavajul endoluminal al rectului
C. Drenajul spaţiului retrorectal
D. Asanarea şi drenarea cavităţii abdominale
E. Antibioterapia complexă

36. CS. Complicaţia cea mai serioasă a rupturii subcapsulare a splinei o constituie:
A. Compresiunea organelor adiacente
B. Abcedarea hematomului subcapsular al splinei

C. Hemoragia întârziată cu hemoperitoneum (ruptură în 2 timpi a splinei)
D. Tromboza venei lienale
E. Formarea chistului intrasplenic

37. CS. Indicaţia principală pentru splenectomie este:
A. Caracterul şi gradul de lezare a splinei
B. Prezenţa leziunilor asociate pluriviscerale
C. Gradul de contaminare a peritoneului
D. Vechimea traumatismului
E. Vârsta bolnavului

38. CS. Cea mai gravă complicaţie tardivă după splenectomie o constituie:
A. Splenoza
B. Imunodeficienţa
C. Disfuncţia sistemului reticuloendotelial
D. Reducerea posibilităţii de mobilizare a sângelui depozitat
E. Complicaţiile infecţioase postsplenectomice

39. CS. În traumatismele ficatului cea mai relevantă investigaţie diagnostică o constituie:
A. Echografia abdominală
B. Tomodensimetria
C. Angiografia
D. Laparocenteza
E. Puncţia-lavaj peritoneal

40. CS. Tactica corectă în cazul laparotomiei pentru hematom hepatic subcapsular fără ruptura parenchimului este:
A. Puncţia şi evacuarea hematomului
B. Incizia capsulei şi evacuarea hematomului
C. Evacuarea hematomului şi diatermocoagularea zonei de distrucţie hepatică

D. Drenajul cavității peritoneale
E. Abținerea de la orice manevre și închiderea cavității abdominale

41. CS. Tactica corectă în cazul hematomului hepatic central este:
A. Observarea dinamică
B. Deschiderea și evacuarea hematomului
C. Ligaturarea arterei hepatice
D. Evacuarea prin puncție a hematomului
E. Drenajul cavității peritoneale

42. CS. Cea mai frecventă complicație după operațiile pentru traumatisme hepatice o constituie:
A. Insuficiența hepatică
B. Hemoragia intraabdominală
C. Abcesul intraperitoneal
D. Hemobilia
E. Fistula biliară

43. CS. Metoda de elecție în tratamentul leziunilor traumatice ale veziculei biliare este:
A. Suturarea defectului veziculei biliare
B. Colecistostomia
C. Colecistectomia
D. Colecistojejunostomia
E. Colecistogastrostomia

44. CM. Care sunt manifestările principale în primele ore după traumatismul închis al căilor biliare cu peritonită biliară?
A. Sindromul doloric violent
B. Starea de șoc tranzitoriu
C. Semnele peritoneale pozitive
D. Icterul

45. CM. Semnele intraoperatorii caracteristice pentru traumatismul pancreasului sunt:
A. Hematoamele retroperitoneale cu sediu în etajul supramezocolic
B. Hematomul peripancreatic
C. Focarele împăstate în pancreas
D. Revărsatul hemoragic în abdomen cu enzime pancreatice

46. CM. Tactica chirurgicală, în cazul traumatismelor pancreatice cu rupturi capsulare și parenchimatoase fără vizarea canalului Wirsung, include următoarele elemente:
A. Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
B. Hemostaza minuțioasă
C. Pancreatorafia
D. Decompresiunea căilor biliare

47. CM. Dintre ramurile trunchiului celiac pot fi ligaturate fără consecințe serioase următoarele artere:
A. Artera lienală
B. Artera gastrică stângă
C. Artera hepatică comună
D. Nici una din cele enumerate mai sus

48. CS. În cazul suspecției de lezare traumatică a vaselor renale explorarea diagnostică va începe cu:
A. Urografia excretorie intravenoasă
B. Aortografia
C. Tomografia computerizată
D. Renografia radioizotopică

49. CM. În leziunile traumatice ale vaselor renale decizia de a recurge la reconstrucția vasculară sau nefrectomie va fi determinată de următoarele deziderate:
A. Starea generală a bolnavului și gravitatea leziunilor asociate
B. Gradul de lezare a vaselor renale, parenchimului renal, ureterelor

C. Rezultatele testărilor funcționale ale rinichiului contralateral
D. Durata perioadei ischemice a rinichiului afectat

50. CM. Sindromul de hemoragie internă intra- şi retroperitoneală poate fi cauzat de lezarea:
A. Unui organ parenchimatos
B. Intestinului subțire
C. Intestinului gros
D. Mezoului
E. Vaselor magistrale intraabdominale

***Răspunsuri corecte.* Traumatismul abdominal**

1 D; 2 C; 3 A; 4 C; 5 A; 6 ABC; 7 D; 8 BD; 9 ABCD; 10 D; 11 ABC; 12 DE; 13 E; 14 D; 15 D; 16 BDE; 17 C; 18 C; 19 A; 20 ACD; 21 ACE; 22 E; 23 C; 24 D; 25 E; 26 ABC; 27 ABCD; 28 A; 29 D; 30 B; 31 A; 32 E; 33 ACDE; 34 A; 35 A; 36 C; 37 A; 38 E; 39 B; 40 D; 41 A; 42 C; 43 C; 44 AC; 45 ABCD; 46 ABCD; 47 ABC; 48 A; 49 ABCD; 50 ADE.